

a cura di  
Massimo Biondi  
e Maria Antonietta Coccanari de' Fornari

# SE APRO GLI OCCHI NON SONO PIÙ QUI

## CINEMA E PSICHIATRIA

ESPERIENZE NEL DAY HOSPITAL PSICHIATRICO  
DELLA SAPIENZA UNIVERSITA' DI ROMA-POLICLINICO UMBERTO I

*con il contributo di*

F.S. Bersani, M. Biondi, C. Carlone, S. Castellitto, M.A. Coccanari de' Fornari,  
A. Conforti, G. Facioni, M. Francesconi, A. Minichino, R. Pannese, V. Righetti,  
A. C. Rusconi, I. Senatore, M. Sesti, L. Spanò, L. Tarsitani

*Prefazioni di* Eugenio Gaudio, Amalia Allocca, Tiziana Colusso



Alpes Italia srl - Via G. Romagnosi, 3 - 00196 Roma

tel./fax 06-39738315 - e-mail: [info@alpesitalia.it](mailto:info@alpesitalia.it) - [www.alpesitalia.it](http://www.alpesitalia.it)

© Copyright Alpes Italia srl  
Via G. Romagnosi, 3  
00196 Roma – tel./fax 06-39738315

**I Edizione, 2015**

## **ORIENTAMENTI**

*Collana diretta da Massimo Biondi*

**Massimo Biondi** è professore ordinario di Psichiatria alla SAPIENZA Università di Roma, direttore dell'Area di Salute Mentale del Dipartimento di Neurologia e Psichiatria della Facoltà di Medicina e Odontoiatria. È direttore della Unità Operativa Complessa Servizio di Diagnosi e Cura/Day Hospital psichiatrico del Policlinico Umberto I.

**Maria Antonietta Coccanari de' Fornari** è psichiatra, giornalista, scrittore, professore aggregato alla SAPIENZA Università di Roma dove tiene gli insegnamenti di Psichiatria, Psicoterapia, Storia della Psichiatria e Riabilitazione psichiatrica. È responsabile del Day Hospital psichiatrico del Policlinico Umberto I. È vicepresidente della Sezione Arte Cinema Spettacolo e Mass media in Psichiatria della Società Italiana di Psichiatria.

### **Si ringraziano per la preziosa collaborazione**

Jacopo Giovannini, Giulia Ponzi con lo staff di MORE, la dr.ssa Lucilla Vergnani, il dr. Salvatore Tallarico, lo studente Matteo Napoletani, e il personale amministrativo nelle figure della dottoressa Marina Duro e delle signore Gabriella Boscolo e Raffaella Calvaruso.

### **TUTTI I DIRITTI RISERVATI**

Tutti i diritti letterari ed artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633

e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore

*a Robin Williams*  
*troppo umano*





# INDICE

Prefazione <i>Eugenio Gaudio</i> .....	VII
Prefazione <i>Amalia Allocca</i> .....	IX
Prefazione <i>Tiziana Colusso</i> .....	XI
Presentazione <i>Massimo Biondi</i> .....	XIII
Trattamento Integrato in Day Hospital: il Cinema e altre Arti come strumenti diagnostici e terapeutici. <i>Maria Antonietta Coccanari de' Fornari</i> .....	1
Il bello del cinema? I pop corn. <i>Ignazio Senatore</i> .....	27
Cinema e psichiatria: una relazione opportunistica. <i>Lorenzo Tarsitani</i> .....	35
Il Cinema come test proiettivo e terapia – “Il fantasma familiare”. <i>Leonardo Spanò, Cristiano Carlone, Rossella Pannese, Anna Carlotta Rusconi,</i> <i>Maria Antonietta Coccanari de' Fornari</i> .....	43
Il Cinema come test proiettivo e terapia – “La valutazione di processo”. <i>Amedeo Minichino, Francesco Saverio Bersani, Annalisa Conforti, Marta Francesconi,</i> <i>Valentino Rigbetti, Maria Antonietta Coccanari de' Fornari</i> .....	61
APPENDICE .....	73
Cinema psichiatria e psicoanalisi – “Il Convegno del 26 giugno 2014 alla Sapienza Università di Roma”. <i>Gabriella Facioni</i> .....	73
Dialogo su Cinema psichiatria e psicoanalisi. Incontro con Sergio Castellitto e Mario Sesti .....	79
Bibliografia .....	89



## PREFAZIONE

Alla ricerca scientifica esponenziale in Medicina, e nello specifico nelle Neuroscienze, si affianca da alcuni decenni una esperienza parallela che considera l'uomo nella sua totalità quando interviene sul problema psicopatologico, oltre che con i farmaci, anche con tutto quel complesso di forme psicoterapiche, compresa l'Arteterapia, che si prefiggono di ridare al paziente dignità di Persona nella moderna Riabilitazione psichiatrica.

Il Cinema è uno di questi strumenti, e il Day Hospital della Sapienza Università di Roma-Policlinico Umberto I da alcuni anni lo valorizza nell'ambito del Trattamento Integrato. Inoltre sottolineo che in questa struttura il suo uso con orientamento psicoeducazionale, compresa la testologia per la valutazione di processo, pone questa attività e questi studi in linea con la moderna tendenza a non trascurare l'aspetto scientifico anche di questo tipo di approcci.

È pertanto con molto piacere che, dopo aver portato il mio saluto al Convegno di Cinema Psichiatria e Psicoanalisi del 26 giugno 2014 nella storica Aula di Anatomia Umana della Sapienza che evoca i nomi di Eustachio, di Lancisi, di Cesalpino, rinnovo da queste pagine, l'augurio di un crescente impegno nella clinica e nella ricerca.

**Eugenio Gaudio**

*Magnifico Rettore della Sapienza Università di Roma*



## PREFAZIONE

All'inizio degli anni '80 il Day Hospital Psichiatrico nasce nell'edificio della Clinica delle Malattie Nervose e Mentali della Sapienza-Policlinico Umberto I tra le primissime realtà alternative alla precedente gestione manicomiale della follia, dopo l'introduzione della cosiddetta "Legge Basaglia".

Sappiamo che venne da subito impostato dall'allora Direttore prof. Giuseppe Donini con la complessità del "Trattamento Integrato" (psicofarmaci, indagini cliniche e strumentali, testologia, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo) introducendo, accanto alle attività diagnostiche e terapeutiche classiche, elementi di Riabilitazione secondo gli echi, di formidabile valore sociale, di quelle nuove epistemologie che negli Stati Uniti volevano che al paziente psichiatrico fosse restituita la salute, ma anche la dignità di Persona e la possibilità di acquisire, o riacquisire quando perdute, capacità di esistere nel mondo quotidiano, personale, relazionale, lavorativo. In questo senso il Gruppo, specialmente attraverso i suoi aspetti di Risonanza e Rispecchiamento, appare prezioso nel costruire resilienza lavorando sugli elementi cognitivi e relazionali, trapassando, come precisa il fenomenologo Eugenio Borgna, dall'asperazione-disperazione (assenza o distorsione della speranza) alla costruzione delle speranze particolari e della Speranza come atteggiamento esistenziale, restituendo il senso della Vita e quell'autostima che consenta d'interrompere quella che Spivak chiama "la spirale dei fallimenti".

Questa impostazione è rimasta costante con il Direttore successivo prof. Michele Piccione e con il Direttore attuale prof. Massimo Biondi. Nel tempo anche i Responsabili del Reparto di Day Hospital, proff. Ernesto Bollea, Amedeo Ruberto, Antonio Bernabei, Anna Carlotta Rusconi, e attualmente Maria Antonietta Coccanari de' Fornari, ben volentieri hanno recepito dette direttive, organizzando Gruppi di diverso contenuto anche a seconda delle competenze dei collaboratori subentranti. I Gruppi vengono effettuati due volte al giorno e sono di diversa natura, come la Psicoeducazione farmacologica, la Lettura Giornali per favorire la riflessione critica sulla informazione, la Invenzione Fiabe, la Terapia attraverso la Letteratura, i Giochi psicologici preliminari allo Psicodramma, la Musica attiva e passiva.

Negli ultimi dieci anni un particolare rilievo è stato dato ai 2 gruppi settimanali in cui il Cinema, con la sua inesauribile dimensione di test proiettivo d'identità e Ideale dell'Io, appare l'Arte molto adatta a introdurre, anche attraverso la discussione che segue alla visione, nuove prospettive e indicazioni di *coping*. Su questa esperienza decennale sono state pertanto condotte numerose ricerche finalizzate a pubblicazioni, presentazioni a Convegni esterni, tesi di Laurea per studenti e specializzandi, volte a evidenziare gli aspetti terapeutici di questa tecnica. E sono state organizzate alla Sapienza-Policlinico Umberto I Giornate di studio sull'argomento che quest'anno, con il Convegno *Cinema Psichiatria e Psicoanalisi* del 26 giugno, giungono alla IX edizione.

**Amalia Allocca**

*Direttore Sanitario Policlinico Umberto I Roma*



## PREFAZIONE

Il terapeuta illuminato cura gli slalom e i fuoripista della psiche umana rispettando tutta la complessità di quest'organo speciale, in cui i sintomi parlano lingue complesse, le diagnosi sono fili di Arianna e le cure non sono armi per "lottare" contro la malattia, ma al contrario, tentativi di armistizio. Una cura che anzitutto si deve proporre di "aver cura", di prestare attenzione al complesso linguaggio della mente.

Per questo sono positive e benemerite iniziative come quella di questo libro che riporta le ricerche nel Day Hospital psichiatrico della Sapienza Università di Roma coordinate dal Direttore Prof. Massimo Biondi e dalla Responsabile Prof.ssa Maria Antonietta Coccanari de' Fornari. È importante far sapere a una platea variegata, composta da specialisti e appassionati, quali risultati si possono ottenere incrociando il linguaggio della mente con il linguaggio del cinema, sicuramente il più affascinante e ipnotico tra i mezzi di comunicazione.

Il cinema ha un impatto immediato sullo spettatore, può comunicare direttamente superando le barriere culturali e linguistiche, e consente un'identificazione fortissima con i personaggi, grazie all'effetto di realtà della ripresa filmica. Probabilmente sono queste le ragioni basilari della sua efficacia nell'applicazione in ambito psichiatrico e psicoterapeutico. Il cinema crea un effetto di realtà – sin dalla famosa scena del treno del cinema muto che sembrava piombare sugli spettatori atterriti – una fusione tra spettatore e film che non ha eguale in altri linguaggi artistici, come la musica, la scrittura, la pittura.

Anche gli scrittori hanno praticato nei secoli la scrittura come auto-terapia preventiva, o come narrazione del disagio mentale proprio o altrui, fornendo così materiale utilissimo agli studiosi della mente. Certamente l'approccio alla scrittura da parte degli utenti delle terapie psichiatriche è meno immediato rispetto al cinema, richiede maggiori competenze linguistiche, maggiore capacità di concentrazione e di astrazione, per trasformare la sequenza di parole in immagine mentale, personaggio, fantasia o episodio narrativo. Allo stesso modo, l'ascolto profondo della musica richiede una certa dose di conoscenza del linguaggio specifico, per non parlare della pittura, che richiede abilità manuali oltre che concettuali.

Forse, la terapia più efficace sarebbe quella derivante dall'integrazione di ciascuno dei linguaggi artistici in un'unica arte-terapia globale, nella quale l'immedesimazione con la narrazione filmica possa essere ad esempio rielaborata in scrittura o in disegno, oppure l'ascolto di brani musicali possa dare luogo ad evocazioni narrative o poetiche.

Insomma, una sorta di terapia globale che potrebbe evocare in qualche modo la *Gesamtkunstwerk*, l'opera d'arte totale ipotizzata da Wagner come convergenza di musica, drammaturgia, coreutica, poesia e arti figurative (il cinema non c'era ancora). Di sicuro la mente umana è talmente complessa nel suo linguaggio, e anche nelle sue "derive", da richiedere un approccio terapeutico non meno complesso per sciogliere i suoi nodi problematici. Forse anche perché ogni deriva della mente sembra essere in realtà una richiesta – più o meno consapevole – di trasformazione, di nuovi sentieri e di nuovo sentire: cosa,

Se apro gli occhi non sono più qui – Cinema e Psichiatria

meglio di un approccio arte-terapeutico di larga gamma, può rispondere a questa esigenza di trasformazione, di metamorfosi che è impellente in ogni disagio della mente?

Dunque auguri da parte degli scrittori a tutti gli psichiatri, psicoanalisti e psicoterapeuti di buona volontà, che sanno e vogliono praticare la “via dell’arte” come via di guarigione. La guarigione stessa che poi in definitiva sembrerebbe non un ritorno ad un ipotetico stato di integrità (fisica o psichica) preesistente, ma l’approdo di un lungo processo di trasformazione. Come ci racconta un grande scrittore, esperto delle profondità e labirinti della mente umana, Dino Buzzati, nel racconto *L’uomo che volle guarire*.

**Tiziana Colusso**

*Scrittrice*

*Coordinatrice della Sezione Nazionale Scrittori del Sindacato Lavoratori Comunicazione  
Rappresentante italiano a Bruxelles del direttivo EWC (European Writers Council)*



## PRESENTAZIONE

La rappresentazione di realtà oggettive e soggettive che il cinema da circa un secolo offre ai suoi spettatori, è uno spazio mentale e culturale del tutto nuovo nella storia umana. La sua capacità di rappresentare scene e narrazioni rendendo reale l'immaginazione con emozioni, atmosfere, scenari e ricordi, fantasie e realtà anche crude, è da sempre per gli studiosi della mente e della vita psichica di massimo interesse e vi è una letteratura ormai imponente a riguardo, cui si rimanda per chi desiderasse approfondire. La psichiatria in particolare ha un rapporto stretto con il cinema fin dagli anni '30, con diversi filoni, non solo rappresentando malati, disturbi e psichiatri ma in decine di modalità indirette. Interessa qui mettere a fuoco la prospettiva che proprio queste "proprietà mentali e affettive" che il cinema possiede, come e forse più del teatro, rappresentino potenzialmente uno strumento non solo espressivo ma anche dotato di alcuni spunti terapeutici.

Dal primo cinema muto a Fellini, fino ai diversi autori contemporanei, la visione di film nello spazio quasi rituale dedicato di una sala, un po' in ombra, condivisa con altri in un silenzio per lo più rarefatto, con orari ordinati e pause, più di recente anche a casa o via Internet, con spettatori concentrati nello stato di attesa e anticipazione poi a seguire trame e svolgersi di scene, fino ai titoli finali, da soli o nella condivisione con qualcuno accanto, è da alcune generazioni una sorta di magia che cattura milioni di persone. Uno stato particolare di coscienza che mette in comune sia l'attenzione aperta verso l'esterno dello stato di veglia, sia il distacco dalla globalità di essa e l'immersione, l'assorbimento in un'esperienza come nello stato di sogno. Lo spettatore è consapevole che l'esperienza di visione del film ha un inizio, un suo scorrere e una fine e vi partecipa con questo stato d'animo preparato. In definitiva, il film oltre che un'opera d'arte è anche uno stato di coscienza diverso, una sorta di sogno da svegli, l'attivatore di questo stato di coscienza particolare, sospeso in un tempo predefinito.

Le persone vi entrano in stato consapevole, lo desiderano, vi partecipano passivamente come stato fisico, molto attivamente come stati emozionali (come nel sonno REM) ma sono ben sveglie, con vigilanza piena. Sono passive, ma lo controllano perché in genere il film l'hanno scelto loro stesse. Gli effetti emozionali e affettivi del film a volte risultano immediati o dopo la visione (se ne parla uscendo dal cinema) ma anche a distanza, a volte giorni dopo.

Questa esperienza fluisce, il tempo è predeterminato, ma il vero segreto sta come creazione artistica ed espressiva nella fruizione: il rapporto è tra la mente degli autori e degli attori e gli spettatori. Gli uni rappresentano scene e storie per gli altri. E gli altri (gli spettatori) rispondono, andando a vedere, scrivendone, parlandone.

Probabilmente la maggior parte di questi processi avviene in modo inconsapevole, ma una larga parte di essi può affiorare alla coscienza se vi si dedica attenzione e se ne offre la possibilità. Altre volte più d'una persona dopo la visione di un film al cinema o a casa sperimenta idee nuove, da esso sollecitate, stati d'animo nuovi, magari nuovi modi

di vedere una stessa propria situazione simile a quella rappresentata nell'opera visiva o che soggettista, sceneggiatore e regista hanno prospettato.

Più dei sogni lascerà ricordi, impressioni, e sarà condivisibile; questa è un'altra caratteristica, oggetto di scambi con altri e entra quindi nella sfera delle relazioni. I film rispecchiano la sensibilità e la mentalità di un'epoca (basta guardare con gli occhi di oggi un film di quarant'anni fa, i suoi personaggi, le battute, gli abiti, per averne un'idea), ma al tempo stesso contribuiscono a crearla e influenzarla.

Per tutte queste ragioni e per queste sue proprietà, un film contiene più di quanto si è soliti pensare e può anche essere visto non solo come film.

E se lo spettatore assiste al film nel ruolo di paziente insieme a una persona che lo cura? Vi è qui il nocciolo del possibile ruolo come strumento terapeutico del cinema.

L'idea di poter utilizzare film del circuito commerciale a scopo terapeutico con uno spazio specifico dedicato non in una sala cinematografica o a casa, ma in un ambiente medico clinico. La collocazione della visione del film dentro un progetto più globale di cura, è stata iniziata e portata avanti presso il Day Hospital della Clinica Psichiatrica dell'Università di Roma – Policlinico Umberto I, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, da Maria Antonietta Coccanari, prima con il sostegno di Giuseppe Donini, poi di Michele Piccione e attualmente mio come Direttori della struttura ospedaliera universitaria che si sono succeduti negli anni. La visione è organizzata insieme a specializzandi, studenti, alcuni operatori sanitari. L'ambiente è tecnico, ma anche familiare.

L'attività di visione e discussione di film è organizzata all'interno di un progetto terapeutico definito singolarmente per i vari pazienti, insieme ad altre attività tipiche di un Day Hospital, quali psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, psicofarmacoterapia, musicoterapia ed altri interventi ancora. La visione di film rappresenta un forte attivatore psichico, di contenuti, rimandi, emozioni, permette di suscitare affetti, riconoscerli, approfondirli e condividerli nel *setting* di gruppo, con la partecipazione del personale sanitario, di specializzandi di psichiatria e psicologia clinica e di studenti del corso di Laurea; ha aspetti di tipo didattico, destigmatizzante nel caso di film "psichiatrici", di esperienza di vita e nel setting di gruppo permette il confronto con altri. Il percorso terapeutico sembra in grado di arricchire e sviluppare l'esperienza emozionale ed affettiva, dal punto di vista cognitivo di favorire elasticità e flessibilità mentale, promuovere *modeling* esperienziale e facilitare il rispecchiamento reciproco nelle situazioni osservate.

Il set di film prescelti è ampio e mutuato dalla sensibilità di psichiatra e amante del cinema della prof.ssa Coccanari, coadiuvata dai collaboratori e spesso anche dai pazienti stessi. Ormai ve ne è un numero nutrito, di vari generi. Di recente, dopo un'attività pluriennale di tipo clinico quotidiano, si è passati ad una fase di vera e propria ricerca sperimentale sui meccanismi e gli effetti terapeutici della visione di film in gruppo. La ricerca, o meglio l'insieme di linee di ricerca, segue principi metodologici standard, con un disegno sperimentale controllato con un gruppo che effettua la normale buona routine clinica, strumenti di valutazione specifici per il processo terapeutico e misure di esito. In prospettiva saremmo interessati ad approfondire anche aspetti "psicosomatici" di questo tipo di intervento, studiando gli effetti a livello neurovegetativo, neuroendocrino e immunitario. Com'è noto, l'attivazione emozionale associata alla visione di film è in grado

di produrre anche consistenti modificazioni periferiche della conduttanza cutanea, della pressione arteriosa e frequenza cardiaca, nonché di alcuni ormoni (tra i più studiati cortisolo, catecolamine) e, in base ad alcuni primi studi, anche di alcune funzioni immuni.

Si tratterebbe dunque di una terapia mente-corpo, che punta a sottolineare gli aspetti di una vera e propria biologia della psicoterapia, un tema che attirerà negli anni a venire un forte interesse. Andrebbero infatti studiati i correlati neurali centrali, a livello cerebrale, che mediano i processi di partecipazione, attivazione emozionale, rispecchiamento, cognitivi e affettivi, fino al possibile effetto di recupero e miglioramento al termine del percorso di cura.

Da non dimenticare, infine, che il tutto avviene sì in un Ospedale universitario, ma nella cornice di partecipazione attiva, di piacere un po' regressivo e un po' adulto del vedere un film e poterlo condividere insieme agli altri.

Questo volume - a mia conoscenza uno dei pochi o forse l'unico con questo taglio - presenta una sintesi di quest'attività, dei suoi principi clinici e di alcuni risultati, con ricerche tuttora in corso che ne tenteranno di approfondire ulteriormente meccanismi e possibili proprietà terapeutiche, effetti sulla mente e non solo. A queste ricerche è stato dedicato l'ultimo Convegno *Cinema Psichiatria e Psicoanalisi* tenutosi alla Sapienza il 26 giugno 2014, IX edizione dei nostri Seminari sul tema.

**Massimo Biondi**

*Ordinario di Psichiatria*

*Direttore Day Hospital di Psichiatria Sapienza Università di Roma*



# TRATTAMENTO INTEGRATO IN DAY HOSPITAL: IL CINEMA E ALTRE ARTI COME STRUMENTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI

*Maria Antonietta Coccanari de' Fornari\**

*“Ecco allora che il cinema diventa la nostra macchina dei sogni  
all'angolo sotto casa [. . .]. E l'immaginario è forse l'unica  
attività della nostra mente dove ancora ci è concesso un  
margine di libertà dalla ferrea schiavitù dei  
meccanismi funzionali del nostro cervello”*

Paolo Pancheri

Mentre completavamo la stesura di questo libro, usciva il film di Vittorio Moroni *Se chiudo gli occhi non sono più qui*. Mi veniva in mente allora il sogno ad occhi aperti consentito dalle opere cinematografiche, quelle possibilità di allontanarsi dalle catene della malattia e del dolore, che vengono perciò adottate in molte esperienze di Arteterapia, quantunque la discussione e la compilazione dei Questionari che nei Gruppi terapeutici seguono alla visione dei film, riportino i pazienti a considerazioni sulla propria realtà, rivisitata con un nuovo sguardo che apra a nuove capacità di resilienza. L'utilizzazione del cinema come forma di Terapia, da diversi anni ha un certo rilievo nei programmi del Day Hospital Psichiatrico della Sapienza Università di Roma-Policlinico Umberto I.

I tempi di degenza in un Day Hospital sono variabili a seconda del/i motivo/i del ricovero, ma in genere sono piuttosto lunghi. È possibile così percorrere alcuni aspetti della Riabilitazione Psichiatrica. Ricordiamo prima di tutto che con il binomio “Riabilitazione Psichiatrica” intendiamo per definizione quell'area che si prefigge di recuperare abilità perdute, e quindi possedute in precedenza, oppure di svilupparne di nuove sfruttando le potenzialità latenti (Carozza, 2003). L'obiettivo è di restituire alla società il paziente grave con un bagaglio di consapevolezza e capacità che gli consentano di svolgere le normali funzioni quotidiane in tutti gli ambiti della sopravvivenza e dell'esistenza, non escluso quello lavorativo. I luoghi della moderna Riabilitazione nella organizzazione territoriale della gestione del disturbo mentale, sono fondamentalmente le Comunità terapeutiche, le Case Famiglia, i Centri Diurni, i Day Hospital. Allora sui principi del Trattamento Integrato, accanto agli approfondimenti diagnostici, alla terapia farmacologica, ai colloqui individuali trisettimanali, ai Gruppi di discussione, a quelli di Lettura

---

\* Responsabile Reparto Day Hospital Psichiatrico Sapienza Università/Policlinico Umberto I di Roma.

giornali, ai colloqui con i familiari, alla psicoeducazione per la *compliance* farmacologica, alla psicoeducazione per il regime dietetico e per la qualità di vita, abbiamo organizzato attività volte lentamente alla valorizzazione delle risorse, all'indicazione di nuovi stimoli, e al recupero o alla strutturazione di comportamenti socialmente competenti, che consistono in Gruppi di Terapia attraverso le Arti.

L'origine dell'Arteterapia, con le sue molteplici espressioni, appartiene in qualche modo all'origine della Storia della Medicina. È a tutti nota la *catarsi secondaria* descritta nelle opere aristoteliche come la reazione dello spettatore alla tragedia greca (Diano, 1968). E i racconti affondano nella Bibbia con la Musica di David che allevia la depressione di Saul (Volterra, 2002), mentre la Musicoterapia diviene uno dei metodi centrali negli ospedali arabi, e viene adottata nelle prime esperienze degli alienisti francesi con cui nasce la psichiatria. Dalla seconda metà del secolo scorso, l'impiego dell'Arteterapia nei moderni tragitti della Riabilitazione psichiatrica si articola in esperienze che mutuano da tutti i settori, e una competenza multidisciplinare dei conduttori, psicologica e artistica, è sicuramente la sua migliore garanzia di successo. Il razionale poggia su quella motivazione interna all'uomo che è l'esperienza estetica formata prima di tutto dalla madre, o altra figura significativa sostitutiva, che dà e trasforma l'esperienza interna ed esterna del neonato, potenziale trasformativo che viene poi riposto in altri oggetti capaci di promuovere un profondo cambiamento di sé, tra i quali l'esperienza artistica occupa un posto di primo piano (Bollas, 2001). Penso agli scritti mirabili di Arieti o di Bettelheim su questi valori. E numerose evidenze mostrano oggi come l'Arteterapia in gruppo riesca ad assolvere alla triplice finalità di migliorare l'area relazionale, quella cognitiva oltretutto arricchita dell'elemento creativo, e l'autostima. Una severa disciplina teorica di riferimento da parte degli operatori è necessaria perché queste forme non diventino puri momenti d'intrattenimento (Saraceno, 1995).

Nella nostra esperienza i contenuti di questi Gruppi variano a seconda degli interessi e delle competenze degli operatori presenti nei vari periodi.

Restando ai Gruppi cinema, come vedremo meglio di seguito, abbiamo proposto la terapia sia come Visione e commento di film, gruppo condotto con diversi metodi a seconda degli obiettivi delle nostre ricerche, sia come Ascolto della colonna sonora musicale con la sua peculiare capacità di attivare emozioni. E a questa attività sono stati dedicati molti incontri di studio che nel Convegno del 26 giugno 2014 *Cinema e psicoanalisi* Esperienze nel Day Hospital psichiatrico della Sapienza Università di Roma-Policlinico Umberto I, trovavano la IX edizione tenutasi nell'Aula di Anatomia della Sapienza. La *task force* organizzativa ha coinvolto tutta l'équipe di medici e studenti, che da anni sono coinvolti nella conduzione di questi Gruppi. La stessa équipe sta già organizzando un prossimo Convegno sul tema, con particolare riguardo alle variabili biologiche in gioco prima durante e dopo la somministrazione di questo tipo di stimolo. Come è noto, esistono già alcune evidenze interessanti sull'aspetto scientifico dell'Arteterapia attraverso il Cinema, e il nostro gruppo di studio sta articolando un progetto che possa portare un contributo originale a questa linea di ricerca.

L'atteggiamento della équipe che nel Day Hospital universitario è formata da psichiatri, psicologi, specializzandi e infermieri, in presenza di studenti in Medicina e in Profes-



Da sinistra Biondi, Gaudio, Facioni dell'Ufficio Stampa Policlinico Umberto I, durante il Convegno \*

sioni Sanitarie, nella gestione di questi Gruppi di Cinema e altra Arteterapia, si rifà alle varie indicazioni sulle teorie di Gruppo (ad esempio Anzieu, Benson, Bion, Vopel) e al principio ineludibile della capacità comunicativa (Biondi, 2014). Tiene anche conto fondamentalmente del modello cognitivo-comportamentale-esistenziale di Spivack (dalla “spirale dei fallimenti” all’“essererci”), sullo

sfondo psicodinamico di vari autori, dico Freud, Jung, Winnicott, E.H. Erikson. E di quegli autori americani a metà strada tra il pensiero freudiano (tecnica) e quello adleriano (premessa teorica) che propugnano l'importanza della esperienza interpersonale e dell'autorealizzazione. Dico ad esempio Sullivan, Allport, Rogers. Alfred Adler in particolare, per la valorizzazione del rapporto uomo-società, è considerato il Padre della Riabilitazione Psichiatrica (Ellenberger). Nel nostro campo possiamo dunque considerare centrale la sua lezione, insieme con quelle di Kohut e di Daniel Stern, dove i termini *Empatia*, *Amore*, *Incoraggiamento*, *Sentimento comunitario*, *Intersoggettività* non si pongono in un romantico e acritico significato ma appartengono a un codificato linguaggio tecnico tradotto auspicabilmente nella prassi in un efficace *fare* (Coccanari, 2004).

Questa, accanto all'incessante spirito di ricerca, è la filosofia del Day Hospital che nasce dalla trasformazione del Reparto psichiatrico di degenza 24h dopo che la legge 180 del 1978 decreta la chiusura dei manicomi, ultimo atto del dolente tragitto che dagli asili comuni, i roghi, le navi dei folli, gli ospedali psichiatrici, ha



Da sinistra Allocca, Coccanari de' Fornari, Tarsitani\*

\* foto di Roberto Petitto.

significato nei secoli la gestione della follia (Foucault, 2008, Stock, 1981, Tobino, 1953).

La base del Day Hospital della Sapienza nel Trattamento Integrato come approccio multiteorico allo stato psicopatologico appartiene a una tradizione che collocheremmo in maniera consolidata nella Lezione di Mario Gozzano che diviene nel 1952 direttore della Clinica delle Malattie Nervose e Mentali in Viale dell'Università n. 30 dove si trova anche il Day Hospital, la celebre "Neuro" di Roma, anche se affonda in Lezioni ben precedenti.

Del resto l'assistenza psichiatrica a Roma ha radici lontane, nel XVI secolo, anche se l'insegnamento ufficiale della psichiatria all'Università "La Sapienza" inizia nel 1871 con il nome di *Corso clinico delle malattie mentali* tenuto dal prof. Giuseppe Girolami. Pur non trascurando gli aspetti multidimensionali della disciplina, quali l'istologia patologica, l'antropologia criminale, la medicina legale, l'igiene, la pedagogia, le influenze culturali e sociali e l'organizzazione ospedaliera secondo i modelli nazionali, la sua Scuola fu eminentemente clinica. Il Girolami fu sempre attento al "trattamento morale" e viene annoverato tra i cosiddetti "psichiatri spiritualisti". In quell'epoca la psichiatria italiana s'inserisce nel punto nodale delle tendenze europee organicistica e psicologica, e presenta un piccolo numero di psichiatri, medici-filosofi, che mutuano le proprie teorie dalle ideologie rosminiane e dalle suggestioni del Romanticismo tedesco sulla cui scena appaiono quelli che sono definiti "psichiatri spiritualisti" puri, mentre gli Italiani, il Girolami appunto, e il Bonacossa a Torino con il suo allievo Porporati, il Monti ad Ancona e il Bonucci a Perugia, mai abbandonarono del tutto quell'atteggiamento eclettico che caratterizza la Storia della nostra psichiatria nazionale (Ferro, 1989).

Da quel momento l'alternarsi delle Scuole ha visto a Roma lo sviluppo del taglio psicologico-filosofico ma anche di quello scientifico (basti pensare a nomi come De Sanctis, Bini, Cerletti), filone, quest'ultimo, al quale viene dato grande impulso dalla Scuola attuale in un rinnovamento dell'importanza delle Neuroscienze di respiro internazionale, e certamente nelle corde di una cultura italiana che ha espresso genialità nell'Arte e nel Pensiero ma alla quale appartiene anche l'inizio dell'era scientifica moderna con le teorie e le esperienze di Galileo Galilei.

Ezio Sciamanna (1895-1905), allievo di Charcot e di Benedikt, è considerato il vero fondatore della Clinica psichiatrica accademica di Roma perché si adoperò per un imponente ordinamento delle cartelle cliniche che divennero una fonte di studio fondamentale. In quel tempo il suo gruppo diede vita anche alla *Rivista di Psichiatria e Neuropatologia* che nel 1901 si chiamerà *Annali dell'Istituto psichiatrico di Roma* e che oggi rivive in spirito di continuità nella *Rivista di Psichiatria* diretta da Massimo Biondi.

Ma fu con Augusto Tamburini, positivista che continuò l'indirizzo dello Sciamanna dando preminenza alla fisiologia e alla fisiopatologia ampliando i mezzi del laboratorio, chiamato alla Facoltà da Modena, già direttore del manicomio-modello di Reggio Emilia, che la Clinica venne sviluppata assumendo vero e proprio carattere di Scuola (1905-1919). È il Tamburini che, volendo fondare un Istituto autonomo di psichiatria, quella psichiatria che dal Rinascimento aveva avuto sede a Piazza Colonna, a via dei Penitenzieri, a Santa Maria della Pietà, fonda l'Istituto di Clinica psichiatrica incluso ancor oggi nell'imponente disegno della Città Universitaria, ideandone egli stesso il progetto.



Nel 1920 la disciplina si fonde, per decreto del Ministero, con la Neurologia (Malattie nervose) nella nuova struttura che prende il nome di Clinica delle Malattie nervose e mentali. La cattedra è assegnata al Mingazzini, allievo di Todaro, noto per il carisma delle sue lezioni, che le conferisce una marcata impronta neuropatologica basata sulla grande conoscenza dell'anatomia, dell'anatomia patologica e dell'istopatologia del sistema nervoso. Si ricordano i 25.000 preparati in serie di tagli del cervello per la ricerca delle lesioni del sistema nervoso (Pazzini, 1961).

Derivata dalla fusione delle due materie, la Clinica delle malattie nervose e mentali si trasferisce definitivamente, anche per la parte neurologica che si trovava nei locali della Patologia medica, in viale dell'Università n° 30 dove si trovano a tutt'oggi la Neurologia e la Psichiatria, nuovamente sdoppiate come Insegnamenti ma riunite nel Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, con la Scuola di Specializzazione in Psichiatria diretta in successione dai proff. Giancarlo Reda, Giuseppe Donini, Paolo Pancheri che diede grande impulso allo studio della relazione Cinema e Psichiatria, e dal suo successore Massimo Biondi a tutt'oggi in carica.



Pancheri

Così come era stata concepita dal Tamburini e attuata dal Mingazzini, l'originaria disposizione della nuova Clinica neuropsichiatrica era la seguente: al primo piano c'era il reparto di Neurologia con 4 sale e 36 letti, più cucine, servizi, sale di soggiorno. Al piano terra (dove attualmente è collocato il Day Hospital) il reparto psichiatrico aveva una composizione simile. Non consentendo le condizioni finanziarie di mantenere 36 letti, la psichiatria funzionava a quel tempo come "Osservazione" di sospetti alienati, per conto degli Ospedali Riuniti. C'erano 4 camere.

Nel 1930, Sante De Sanctis diventa titolare della cattedra. Sulla Enciclopedia Italiana il De Sanctis, chiamato a redigere la voce *Psichiatria*, la definisce "una parte della Medicina che comprende la patologia e la clinica delle malattie mentali, cioè di quegli stati anormali e morbosi, che si manifestano con irregolarità, deviazioni o deficienze durevoli dell'attività mentale e del comportamento", concludendo che "se la Psichiatria poté giungere a dignità di scienza medica applicata, ciò fu dovuto non già al prevalere di un metodo, ma a un felice eclettismo". Al De Sanctis succede Ugo Cerletti (1935-1948), proveniente da Genova, che si era formato dalla matrice kraepeliniana, e ormai diventato una celebrità. Ampliò il reparto uomini, quello infantile e i laboratori e, come è noto, introdusse la propria scoperta, l'elettroshock, con la collaborazione del suo Aiuto Lucio Bini che tradusse operativamente l'idea di Cerletti. All'apparecchio dell'elettroshock, il cui primo esemplare è conservato nel Museo dell'Istituto di Storia della Medicina di questo Ateneo, fu



dedicato un vero e proprio reparto. La prima storica seduta venne fatta al primo piano dell'attuale edificio, in una stanza che ora si trova nella corsia di Neurologia, dove una targa ricorda l'evento.

Come dicevamo, Mario Gozzano, nel 1952, imprime subito alla psichiatria una dimensione unitaria, biologica ed esistenziale al tempo stesso. Scriveva:

“Questo indirizzo, che potrebbe definirsi eclettico, ma che io preferirei chiamare indirizzo integrale della psichiatria, è quello che noi seguiamo nella clinica psichiatrica di Roma, dove la fortuna ha voluto che la tradizione creata dai suoi grandi maestri Tamburini, Mingazzini, De Sanctis e Cerletti, abbia preparato le condizioni ideali per lo sviluppo di una psichiatria veramente integrale; e dove ogni indirizzo di ricerca è ugualmente coltivato e seguito con interesse e con fede, ed il problema centrale è quello d'integrare i dati dell'indagine anatomica, fisiopatologica, biochimica e psicologica per una visione completa e una interpretazione non unilaterale della psichiatria”.



Cerletti

Conclude:

“I due indirizzi della psichiatria hanno, entrambi, ben ragione di essere difesi e sostenuti”.

Suo grande e moderno merito è infine aver concepito ed attuato il “Servizio sociale” che aiuta il malato a tornare nel mondo, pietra miliare di quella Riabilitazione Psichiatrica che ovunque stava per affermarsi come centrale nella cura dei pazienti più gravi considerati da sempre “incurabili” (Stroppiana, 1985).

È peraltro di quel periodo l’affermarsi nella Scuola romana anche della Psicopatologia, del pensiero fenomenologico esistenziale oggi di nuovo rivalorizzato specialmente nelle Scuole sudamericane. Illuminarono tante generazioni di studenti grandi Maestri come, ad esempio, Bruno Callieri che recependo del dettato tedesco prima la lezione dei Somatiker lavorando con Bini e Challiol, poi quella degli Psykiker, diede vita a tutto un fermento culturale con la collaborazione di Luigi Frighi e altri, testimoniando nei suoi scritti la feconda collaborazione della Scuola romana con i grandi nomi della Psichiatria internazionale.

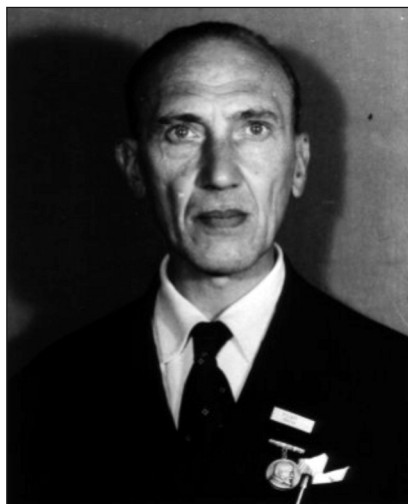
Ognuno dei professori che via via v’insegnarono e v’insegnano, ha dato naturalmente l’impronta del proprio modello di riferimento sebbene, ripetiamo, sia ormai consolidata l’idea del modello integrato, proprio come era stato concepito dal prof. Gozzano, in particolare nel regime di Day Hospital psichiatrico che si presta in modo particolare a detta

epistemologia. I primi professori ordinari di Clinica psichiatrica, ora materia obbligatoria, nell’anno accademico 1969-70 sono Giancarlo Reda (prima cattedra) e Gaspare Vella (seconda cattedra). Intanto la I cattedra di Psichiatria andò moltiplicandosi con vari titolari. Uno di essi, il prof. Giuseppe Donini, nel 1980, con l’avvento della sopracitata Legge 180/78, organizzò il reparto di Day Hospital dove in precedenza si trovava il reparto femminile.

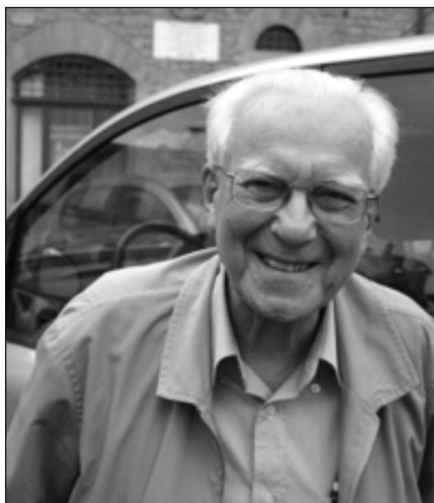
Era la deistituzionalizzazione del paziente psichiatrico.

È importante ricordare che esso è stato il primo Day Hospital psichiatrico sorto in Italia e il primo Day Hospital del Policlinico Umberto I.

Dal semplice controllo del sintomo, l’obiettivo diventava l’attuazione d’interventi



Gozzano



Callieri

con reali valenze trasformative fondate soprattutto sul recupero delle relazioni e delle capacità sociali interrotte dalla malattia. Il Day Hospital apparteneva al quel grande programma di Riabilitazione Psichiatrica che stava diventando centrale nella gestione della follia, in un proficuo lavoro di équipe. Vennero subito ottimizzati gli aspetti strutturali (ubicazione e risorse); lo staff (psichiatri, personale infermieristico, specializzandi e studenti) che, coeso e motivato, in continuo monitoraggio attraverso meeting e allenamento all'autoosservazione, potesse garantire un intervento ininterrotto e globale per ascoltare, comprendere, contenere, sostenere, le crisi e le aree problematiche dei disturbi psichiatrici, attraverso, appunto, il Trattamento Integrato. D'altra parte storicamente questi obiettivi e questa organizzazione multidisciplinare appartengono anche alle intenzioni dei vecchi manicomi ottocenteschi. Val la pena di ricordare che la etimologia stessa del termine (dal greco *komèo* = curo, *mania* = follia) che va a sostituire quello precedente di "asilo", reca il taglio medico della nuova disciplina, quella psichiatria che alla fine del XVIII secolo era diventata ufficialmente branca della Medicina con la "liberazione dalle catene" di Pinel, Chiarugi e altri medici illuminati. Scrivevano appunto gli alienisti dell'epoca che, prima di diventare di nuovo luoghi di esclusione sociale dove il soggetto smarrisce la propria identità progettuale, che serviranno solo a "ingrossare il numero delle morti", nei nascenti "manicomi modello" l'Ergoterapia e l'Arteterapia erano volte a questo recupero olistico del malato, con molti esempi sui quali in Italia domina senz'altro la "Real Casa dei Pazzi" di Palermo diretta dal filantropo Pisani. La Riabilitazione contemporanea fruisce naturalmente di tutte le conquiste scientifiche e umanistiche moltiplicatesi nel '900, e trova la possibilità, come scrive la professoressa Allocca nella sua Prefazione, di costruire dall'asperazione (mancanza di speranza) e dalla disperazione (distorsione della speranza), le speranze parcellari e la Speranza come atteggiamento finale esistenziale.

È pur vero che il Day Hospital, che ha varie indicazioni (aggiustamenti della terapia in pazienti ambulatoriali, approfondimenti diagnostici, consolidamento di quanto acquisito in degenze 24h, gestione di forme subacute, percorsi riabilitativi), non ospita solo pazienti gravi quantunque essi rappresentino una percentuale importante in un gruppo fluttuante per continue dimissioni e accettazioni, ed eterogeneo per dati anagrafici, inquadramento diagnostico e variabili socioculturali. Aggiungeremmo che alcuni aspetti della cura si sono rivelati interessanti anche per nuovi assetti cognitivi ed emozionali di pazienti in comorbidità con malattie gravi inerenti la condizione medica generale (esempio cancro) nel complesso discorso della medicina psicosomatica. Sottolineiamo che mentre il paziente lavora per mantenere la sua condizione negativa ("profezie che si autoavverano"), la équipe degli operatori, che adattano i loro interventi a dette caratteristiche multiformi, si muove sempre sinergicamente in senso *opposto* per impedire la rottura delle relazioni, inserendo il paziente in un contesto gruppale interdipendente, costituito da pazienti e operatori con competenze differenziate, mantenendo il livello delle aspettative positive elevato ma non troppo per non spaventarlo, favorendo l'alleanza terapeutica ma non la dipendenza, dosando il supporto, la soglia di permissività, le gratificazioni, valorizzando le aree sane come risorse e anche i successi minimi come incentivo a moltiplicarli, continuamente motivando o rimotivando l'ospite in prospettiva di una ricostruzione

del Sé, palestra per imparare a relazionarsi con i pari e con un capo (il conduttore), come la riproduzione di un microcosmo.

Nel gruppo si matura un sentimento di autostima e di appartenenza che corregge l'isolamento, si acquisiscono competenze nelle capacità decisionali, capacità di negoziazione e di compromesso correlate alla capacità di tolleranza alla frustrazione, vengono contrastati l'impoverimento e il deterioramento del linguaggio con capacità di avviare e mantenere la conversazione, capacità di formulare e trattare richieste, capacità di accettare critiche costruttive, capacità di assumersi responsabilità, capacità di mantenere un aspetto esteriore adeguato, capacità di sentirsi utili nella collaborazione per un risultato finale, capacità di interessarsi anche al contesto distogliendosi dalla rigida autoconcentrazione e preoccupazione assoluta per i propri sintomi e disabilità riattribuendo importanza anche alle aspettative dell'altro da sé e riducendo l'ostilità verso di esso che si esprime con l'isolamento, l'attacco diretto, la svalutazione, la rabbia e la colpa legate alla frustrazione. Esso appare promotore di resilienza che è la capacità di far fronte alle difficoltà senza esserne travolti. Appare molto importante la verifica costante dei risultati (valutazione di processo, di esito, di *follow-up*) con la sottolineatura dei progressi; e l'apertura ai progressi futuri se non ancora evidenti.

Nel ribadire che non viene trascurato neppure lo sfondo fenomenologico e quello psicomotricità, occorre sancire che tutti questi bagagli teorici, questo attuale *trand* sulla integrazione dei saperi (Gabbard G.O., 2011), non devono rappresentare un eclettismo superficiale, bensì un "nuovo fare" dove la disputa è secondaria, lo sfondo è la moderna cultura dell'arabesco della "complessità" e la prassi attinge "con arte" ai modelli disponibili sostenuta dalla sapienza, misto di nozione, saggezza e umanità. È ormai concetto consolidato che non esiste *il* trattamento psicologico delle psicosi. Quel che importa è fornire al paziente grave una Presenza che moduli lo stato emotivo interno dalla catastrofe a tristezze dicibili (Correale, Rinaldi, 1987), che empatizzi coi bisogni del paziente compreso "il bisogno di non avere bisogni" (Zapparoli, 1979) per proteggersi dalla riedizione di probabili dolori catastrofici, adattandoci alle bizzarrie e alle metafore del linguaggio (Piro, 1967) e a tutta la pregnanza del linguaggio non verbale (Coccanari, 1989).

È noto che il trattamento riabilitativo con i suoi complessi meccanismi previene il tasso di ricadute e recidive, sebbene esse possano sempre ripresentarsi per la persistenza delle incompetenze in una o più aree, che rinforza la frustrazione personale. Se non addirittura come conseguenza proprio dei miglioramenti ottenuti: per la impossibilità di applicarli nel contesto esterno; per lo scontro con i familiari per l'alterata omeostasi che aveva i suoi vantaggi comportando anche un eventuale aumento della Emotività Espressa; per il timore di richieste di prestazioni al rialzo con ulteriori fallimenti. E ancora per assenze o problemi nell'équipe.

Tra l'altro è stato sottolineato che la personalità degli operatori è un fattore coterapeutico non secondario (Ellenberger, 1976), quello che conduce il paziente anche a selezionare tra i vari referenti della équipe, "proprio quello". Ancora allontanandoci dalle ortodossie riduttive, la figura-tipo torna ad essere un po' "lo stregone" (Lai, 1985) ora che una certa rifioritura del pensiero debole, anche nelle epistemologie della Storia della scienza, movimenta e arricchisce le recenti preziose acquisizioni neo-positivistiche e di-

scute di un'attitudine particolare in una persona naturalmente capace di risonanza emotiva con conservata posizione integra e razionale rispetto alla realtà, in un percorso che abbia condotto alla elaborazione delle problematiche narcisistiche, libidiche e aggressive per poter fronteggiare l'aggressività del paziente grave, secondo la forza e il talento di uno che ha conosciuto la fase depressiva con cui è terminata la sua onnipotenza, che ha frequentato la distruttività continuando ciononostante a credere nell'uomo, amando senza confondersi, opponendosi senza aggredire, riparando senza difese maniacali. Anche Lacan (1974) contemplava la validità di prerequisiti fondamentali dell'operatore, che consentano una comprensione accurata dello psicotico il cui problema centrale è trovare qualcuno che non lo rifiuti. Sono la dedizione, lo slancio affettivo propugnato da Franco Fornari (1985), quando dice che è questo a "curare la psicosi non altro", possibili in una persona che diremmo "piena di bontà" se il termine non si prestasse a troppi equivoci, che abbia cioè limitate esigenze narcisistiche, capace di radicale rapporto di responsabilità di un uomo verso un altro uomo.

Posto che le varie figure di operatori vengono addestrate ad aver cura di non perdere mai di vista queste premesse, e ad affinare le competenze comunicative, anche l'interazione nel Gruppo, non solo tra pazienti e operatori, ma anche tra i pazienti tra di loro, rappresenta un *pabulum* fondamentale per il loro recupero (Coccanari, 2004). Abbiamo visto quanti diversi Gruppi abbiamo organizzato in Day Hospital, alcuni con taglio più marcatamente cognitivo comportamentale, altri più specificamente dinamico, ma tutti con l'obiettivo di migliorare l'*insight* e le capacità di *coping*, e anche di arricchire le nostre informazioni per completezza dell'orientamento diagnostico, valendoci anche di indagini psicometriche. Abbiamo anche visto che questi Gruppi hanno tanti e diversi contenuti a seconda delle competenze e degli interessi degli operatori subentranti nel tempo. Ad esempio rimane memorabile il Gruppo Scacchi degli anni '90, di formidabile portata per l'azione sulle capacità cognitive, tenuto in un periodo in cui i nostri medici conduttori di Gruppi (drr. Amore e Marra) erano due campioni di competizioni internazionali di questo gioco.

Restando nel campo dell'Arteterapia, oggetto specifico di questo scritto, segnaliamo che ampio spazio hanno sempre avuto ed hanno a tutt'oggi i seguenti Gruppi:

- Disegno: molto importante già nei manicomi-modello dell' '800. Era considerata una tecnica educativa completa perché impegna le possibilità intellettuali, creative e muscolari dell'individuo, tanto che veniva impiegata per la cura dei "Signori" da restituire in maniera articolata a un lavoro degno della loro condizione.
- Musica attiva: l'ascolto della Musica viene associato al Disegno oppure al Movimento.
- Giochi psicologici preliminari allo psicodramma: ad essi, in un nostro studio in corso, viene applicato il Questionario sul Clima di Gruppo validato in Italia da Anna Costantini (Fig. 1.1).

Alcuni dei nostri Giochi, liberamente tratti dai testi di Sabina Manes e Massimo Crescimbeni, hanno una derivazione letteraria, come: Il cambio del finale di un'opera (Steinbeck, 1939: "il meglio di una storia è nelle cose dette a metà che l'ascoltatore completa di suo, con la propria fantasia e la propria esperienza"), ad esempio la *Candida*

**QUESTIONARIO SUL CLIMA DI GRUPPO**

**University of British Columbia**

*Validazione della versione italiana a cura di Anna Costantini et al, 2002\**

**Nome del paziente** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

Legga con attenzione ogni affermazione e cerchi di pensare al gruppo nell'insieme. Utilizzando la scala di valutazione come guida, barri il numero che per ogni affermazione meglio descrive il gruppo durante la seduta di oggi. Per favore dia UNA sola risposta per ogni affermazione.

**Scala di valutazione**

0 per niente	4 abbastanza
1 molto poco	5 molto
2 in qualche misura	6 estremamente
3 moderatamente	

1. I membri si sono piaciuti e si sono presi cura dell'altro	0 1 2 3 4 5 6
2. I membri hanno cercato di capire perché fanno le cose che fanno	0 1 2 3 4 5 6
3. I membri hanno evitato di esaminare questioni importanti che stavano accadendo tra di loro	0 1 2 3 4 5 6
4. I membri hanno sentito che ciò che stava accadendo era importante e che c'era un senso di partecipazione	0 1 2 3 4 5 6
5. I membri hanno dipeso dal conduttore (i) per la direzione	0 1 2 3 4 5 6
6. C'è stato attrito e rabbia tra i membri	0 1 2 3 4 5 6
7. I membri erano distanti e ritirati emotivamente l'uno dall'altro	0 1 2 3 4 5 6
8. I membri si sono fidati e confrontati uno con l'altro nello sforzo di tirare fuori le cose	0 1 2 3 4 5 6
9. I membri hanno mostrato di comportarsi nel modo che pensavano sarebbe stato accettabile per il gruppo	0 1 2 3 4 5 6
10. I membri si sono rifiutati e non si sono fidati l'uno dell'altro	0 1 2 3 4 5 6
11. I membri hanno rivelato informazioni personali delicate o sentimenti intimi	0 1 2 3 4 5 6
12. I membri sono apparsi tesi e ansiosi	0 1 2 3 4 5 6

Per favore scriva l'evento che è stato più importante per lei durante la seduta di oggi. Si potrebbe trattare di qualcosa che l'ha coinvolta direttamente, o di qualcosa che è accaduto tra altri membri e che l'ha fatta pensare a se stesso. Spieghi che cosa di quell'evento lo ha reso particolarmente importante per lei:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Costantini et al: Questionario sul clima di gruppo: validazione di una misura di processo per le psicoterapie di gruppo. Rivista di Psichiatria, 2002, 37, 1.

Fig. 1.1. Questionario sul Clima di Gruppo.

di G. B. Shaw che implica il problema della scelta e della fragilità, oppure *Nel sacco*, un mio racconto ispirato a una storia realmente accaduta a una collega, che implica il problema dell'Incontro e della gratitudine del paziente. Altri giochi correlati alla Letteratura sono: /L'acrostico del nome dello scrittore preferito. /Scegliere una pagina di narrativa o una poesia da dedicare a un altro paziente secondo la preferenza nella polarità energia-delicatezza. /Con quale paziente faresti un viaggio descritto in un romanzo? /Individuare il *focus* di una pagina: discussione /Se *io fossi-lui fosse*, il personaggio di un libro famoso. /Lettura e commento di opere pubblicate da pazienti. In particolare molto interessante è il Gioco tratto da un breve scritto di Crescimbene e Marco Veronica in cui i pazienti devono scegliere l'elemento con cui identificarsi tra quelli descritti nel brano seguente:

*“Finita la guerra di Troia, sulla spiaggia dell'accampamento degli Achei, Ulisse non fa ritorno alla sua tenda. Nella tenda di Ulisse ci sono i suoi effetti personali: una Bacchetta magica, un Cilindro, un Guanto, un Tappeto volante, un Velo. [...] Cilindro: Ulisse non è tornato. Ho perso la speranza. Che sia morto? Ed ora io, che sono il cilindro, che farò senza di lui? Quando ero su di lui, poggiato sul suo capo, fiero, ero padrone del mondo. Ettore, Achille, persino Agamennone erano miei pari ed io potevo guardarli dall'alto in basso perché alta era la considerazione che gli altri avevano di me. Io sono il cilindro. Tra voi quello che è stato più vicino alla sua mente eccelsa. L'intelligenza, cos'è l'intelligenza? L'intelligenza può tutto, io posso tutto...”*. Il Cilindro continua ad illustrare il suo progetto. Seguono i monologhi in cui anche gli altri oggetti sono in cerca di un progetto, la Bacchetta magica (che può far scaturire la vita dalle cose più semplici), il Tappeto volante (il sogno), il Velo (la bellezza, il mistero), il Guanto (che tocca l'anima della vita), il Ponte levatoio (l'ingresso alla meta), il Chicco di caffè (che aspetta le cure dei precedenti per germogliare e crescere).

Non dimentichiamo che la dimensione del gioco è presente in tutti i gruppi terapeutici, insieme con gli aspetti volti alla ridefinizione relazionale cognitiva e creativa, all'accettazione delle regole, allo sviluppo dell'autostima e della fiducia di base, all'*insight*, all'accrescimento dell'assertività e in generale delle abilità. In quest'ottica i giochi mirano a riconsiderare e modificare il senso di realtà passato, presente e progettuale dei pazienti mediante gli strumenti della parola, dello sguardo e dell'azione, utilizzando le varie modalità di espressione (il linguaggio, la scrittura, il movimento, il disegno, etc.), ma sempre seguendo il principio generale di valorizzare lo spazio personale e di rispettare quello altrui. Il gruppo, e nello specifico i giochi psicologici, nei pazienti gravi assolve allo scopo riabilitativo con più efficacia rispetto alla situazione diadica: si basa sul cosiddetto “potenziale umano”, cioè su dimensioni quali libertà, volontà, creatività, socialità. All'interno del gruppo, l'individuo si consente di limitare le difese, esplora e coglie nella relazione elementi importanti che assegnano chiarificazione e senso alla sua storia. Le regole interne del gioco permettono la sperimentazione e l'acquisizione di nuovi atteggiamenti in un ambito protetto e in un contesto vissuto come non pericoloso. Inoltre l'esser-ci suscita curiosità e rassicura, dà la possibilità di “giocare a nascondino”, di non esporsi o di ritirarsi a piacimento. Pertanto il gruppo diventa uno “spazio attraente” all'interno del quale l'individuo può investire energie positive, stima, calore umano, amicizia. La dimensione ludica permette dunque la sperimentazione di una particolare forma di apprendi-



mento facilitando, come si è detto, l'acquisizione di nuovi modi di pensare, sentire e relazionarsi. Ogni elemento-individuo costituente esce dal suo isolamento e accede ad una dimensione di compartecipazione emotiva, recuperando inoltre nella dinamica del gioco di relazione elementi centrali della salute mentale quali umorismo, spontaneità, coraggio, *problem-solving* e, a volte, la sana competizione.

Dall'inizio di queste esperienze in Day Hospital, abbiamo condotto diversi studi sui vari Gruppi di Arteterapia adottati, che consideriamo ancora preliminari specialmente per il numero non significativo dei pazienti presenti nei campioni di volta in volta in esame, ma ci ripromettiamo di ampliare approfondire e migliorare la nostra ricerca.

**Tabella 1.I.** Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione.

PZ	ETÀ (AA.)	SESSO	TITOLO DI STUDIO*	LAVORO	DIAGNOSI
1	59	M	D. m. s.	Impiegato	Sindrome affettiva bipolare
2	73	F	Laurea	Impiegata	Depressione reattiva
3	55	F	D. m. i.	Casalinga	Psicosi schizoaffettiva
4	51	F	D. m. s.	Impiegata	Disturbo Personalità SAI
5	44	F	D. m. i.	Casalinga	Sindrome affettiva bipolare
6	31	F	D. m. s.	Commessa	Disturbo di personalità isterico Sindrome di depersonalizzazione
7	64	F	D. m. i.	Casalinga	Episodio depressivo maggiore
8	63	M	Laurea	Venditore ambulante	Disturbo di adattamento
9	37	F	D. m. i.	Studente	Disturbo personalità schizoide
10	22	M	D. m. s.	Studente	OCD Disturbo di personalità schizoide
11	44	M	D. m. i.	Cameriere	Depressione reattiva
12	22	M	D. m. s.	Studente	Depressione maggiore episodio singolo grave con comportamento psicotico
13	53	M	D. m. s.	Pensione	Depressione maggiore episodio singolo grave Disturbo di personalità SAI
14	36	F	D. m. i.	Ausiliaria	Psicosi infantile SAI Ritardo mentale
15	59	M	D. m. i.	Pensione	Altre fobie semplici o isolate
16	42	F	D. m. i.	Barista	Depressione reattiva psicotica
17	72	F	L. e.	Casalinga	Depressione reattiva psicotica
18	21	M	D. m. s.	Studente	Psicosi schizoaffettiva
19	50	F	D. m. i.	Casalinga	Depressione reattiva

\* D. m. s.: *Diploma di scuola media superiore*; D. m. i.: *Diploma di scuola media inferiore*; L. e.: *licenza elementare*.

Ad esempio in un nostro studio sul Gruppo Giochi, avevamo osservato in un periodo di tre mesi, 19 pazienti con diverse diagnosi e caratteristiche socio-demografiche (Tabella 1.I). Per la realizzazione del nostro studio abbiamo utilizzato 6 giochi psicologici:

- 1) **Essere un animale**, Si chiede ad ogni membro d'indicare l'animale preferito, poi il secondo e il terzo. Quindi di spiegare le ragioni delle preferenze. Quando tutti sono intervenuti, si spiega che il primo animale rappresenta il modo di percepirsi, il secondo quello che si vorrebbe essere, il terzo come si pensa che ci percepiscano gli altri. Discussione finale.
- 2) **Il regalo invisibile**, In circolo. Inizia il conduttore. Egli immagina di avere in mano un regalo che passerà al suo vicino di posto. Lo mima e lo mette nelle mani di questi. Questi immagina quale possa essere il regalo. Lo trasforma in un altro regalo e sempre mimando le operazioni lo consegna al vicino; e così passando di vicino in vicino, si torna al conduttore che dirà quale era il regalo di partenza, il suo regalo. Ognuno dirà quale regalo ritiene di aver ricevuto ed in cosa lo aveva trasformato. Discussione.
- 3) **L'autobiografia**, Si distribuiscono fogli e penne. Si invitano tutti i partecipanti a scrivere alcune righe di inizio della propria biografia. Ognuno può iniziare dal punto cronologico che desidera. Può poi dilungarsi su un avvenimento passato, presente, o anche inventato localizzato nel futuro. Discussione.
- 4) **Il compagno di viaggio**, Ogni persona immagina di fare un viaggio reale o fantastico con una persona del gruppo, e scrive un raccontino "Il mio viaggio con". Solo dopo che sono stati letti tutti i racconti, ciascuno rivela chi aveva scelto come compagno di viaggio e perché. Il gioco denota le aspettative degli altri. Discussione.
- 5) **La bottega dei desideri**, Un membro del gruppo impersona il venditore di una bottega dove ciascuno può comprare qualunque cosa, materiale o simbolica che crede mancargli, pagando con una qualità che crede di avere così in sovrabbondanza da potersene un po' disfare. Il venditore valuta se accettare il pagamento o se chiedere altro.
- 6) **La fiaba**, Il conduttore sceglie una fiaba nota (o la fa scegliere ai pazienti). All'inizio viene scelta una immagine qualunque della fiaba e viene descritta dal conduttore. Dopodiché a turno ogni componente del gruppo comincia ad associare altre immagini. In questo modo viene costruita man mano una nuova fiaba che può discostarsi anche in maniera importante dalla trama originale. Il terapeuta si limita a coordinare gli interventi delimitando le persone più espansive in modo da stimolare gli individui più introversi a partecipare anche incoraggiandoli. Alla fine del gioco il nuovo racconto viene letto dal conduttore. Discussione. Nel nostro caso questo gioco è stato svolto due volte: nella prima è stata presentata la scena tratta dalla fiaba di Cenerentola nella quale questa rimane sola a rassettare la casa mentre le sorellastre si preparano per il ballo; nel secondo caso è stata scelta la favola di Biancaneve partendo dal matrimonio di questa con il principe.

Questi giochi indagano e stimolano due cluster principali: quello sociale (o meglio "risocializzante", dove i partecipanti al gioco sono chiamati ad una indagine introspet-

tiva per meglio conoscere loro stessi e gli altri), e quello cognitivo. Quest'ultimo può essere ulteriormente suddiviso negli aspetti razionale e creativo. Un gioco, come in genere ogni tipo di gruppo terapeutico, assolve alle due funzioni, con prevalenza, tuttavia, di una delle due.

Abbiamo notato che in alcuni di questi Giochi prevale la funzione risocializzante (es. *La Bottega dei desideri*, il *Compagno di viaggio*), in altri il cognitivo razionale (es. *Perché mi piacciono 3 animali*, *L'Autobiografia*), in altri il cognitivo creativo (es. *Il Regalo invisibile*, *L'Invenzione Fiabe*), nei Giochi correlati alla Letteratura appaiono equilibrate le 3 componenti. E abbiamo anche notato che il paziente psicotico regge con più difficoltà le regole insite nei giochi a prevalente funzione risocializzante e razionale, mentre si rivela spesso leader di quelli a maggior componente creativa, con irruzioni di originalità e humor spesso molto interessanti, e sottolineati dai terapeuti per il rinforzo positivo (Coccanari de' Fornari M. A., Carlone C. et al, 2008).

Alcune volte il Gruppo Giochi è stato posto in relazione con il Gruppo Cinema. Più frequentemente abbiamo correlato quest'ultimo con i Giochi fondati sulla Letteratura, e anzi a questo doppio incontro con l'Arte è dedicata una ricerca in corso i cui risultati contiamo di proporre nella prossima edizione delle giornate di studio sul tema Cinema e psichiatria. Per esempio, una esperienza interessante è stata quella con il film *Chiedi alla polvere* (2006) tratto dall'omonimo romanzo di John Fante (1939) che, come si vedrà sulle pagine successive nel lavoro di Spanò e coll., metteva in risalto, in entrambi i Gruppi, il problema del nome e cognome e dell'identità con l'aggiunta delle problematiche connesse alla società multietnica, nel caso ambientate già al tempo del Proibizionismo in America. Da questi temi prevalenti emersi nel Gruppo Cinema, abbiamo impostato il Gruppo giochi successivo così organizzato: lettura di una delle numerose pagine del libro in cui è ridondante questo tema, precisamente quella in cui lei s'inventa un nome *yankee*, Lombard, perché si vergogna del proprio, Lopez, messicano. Anche il protagonista si vergogna in America del suo nome italiano Arturo Bandini. Lei:

“– Ti piace il tuo nome? – mi domandò. Non preferiresti chiamarti Johnson o Williams o qualcos'altro?/ Le dissi di no, che mi andava bene così. – Non è possibile, – commentò. Stai mentendo/ – Ti dico di sì!–insistei/ – Frottole!”.

Da questo spunto, dopo aver richiamato al senso del proprio nome come segno d'identità, abbiamo chiesto ai pazienti di ribattezzarsi con un altro nome (non il cognome) reciprocamente con il paziente seduto accanto. Abbiamo chiesto di esprimere: perché è stato attribuito quello specifico nuovo nome, qual è la reazione del destinatario al cambiamento, se è soddisfatto del proprio vero nome, se ne conosce l'origine familiare e il significato, se ne ha mai desiderato un altro, quale e perché. Segue discussione collettiva. *Chiedi alla polvere* appare molto interessante ancor oggi nell'epoca in cui la società multietnica rimanda a diverse problematiche psicologiche e psichiatriche legate appunto soprattutto all'identità oltre che alla nostalgia. Quello era il tempo del “sogno americano”, diverso e tuttavia pregno di problemi come il nuovo “perturbante” che è oggi l'immigrazione esponenziale europea, quella xenopatia che è il soffrire l'altro come lo straniero, lo strano. La cosa peraltro chiama noi psichiatri, quotidianamente impegnati nella relazione con il paziente straniero, a ripensare schemi di giudizio, ad ascoltare que-

sta alterità riconoscendo l'alterità che ci abita, a comprendere fondamentalmente: il senso dell'esilio, la solitudine sempre sottesa a gradazioni di malessere, nostalgia, depressione, crisi catastrofiche, disperazione, suicidio e malattie "psicosomatiche"; il senso di carenza protettiva; il senso del Tempo; il senso dello Spazio; il senso della Vecchiaia. Nella loro terra sono i legami, la territorialità, i significati che qui, spezzati, avviano il corteo di attacchi irreparabili alla condizione esistenziale (Galzigna, 1999). Ci chiama a saper indicare di caso in caso l'adattamento, o l'orizzonte del ritorno liberando dall'eternità dell'esilio. A questo proposito nel 2006 scrivevo nel mio romanzo *La vera casa di Caio* "La decennale odissea è l'obiettivo rappresentazione del viaggio per riappropriarsi della propria umanità. Ulisse è il trionfo dell'uomo che lotta per se stesso. La moglie ed il figlio sono se stesso. La casa della radice è se stesso. È l'uomo, voglio dire, nel suo amare e soffrire. È vivo. Mentre simbolo insuperato e insuperabile di alienazione, del disumano, è Enea. È il profugo infelice scacciato dalla propria terra, dannato a vivere e a morire in esilio. Non esiste per sé, ma per realizzare qualche cosa che è fuori di lui, che gli è estraneo eppure lo sovrasta, e quindi lo nega in quanto uomo".

Sebbene con aspetti diversi, questo problema del nome e dell'identità nell'incontro tra culture diverse è contenuto anche nel film *Piccolo grande Uomo* (1970), anch'esso protagonista di uno tra i più interessanti gruppi terapeutici, come sarà descritto in seguito sempre nel lavoro di Spanò e coll.

Dicevamo che gli interessi, la formazione, le competenze degli operatori subentranti negli anni, naturalmente decidono il tipo di Arte adottata nei gruppi. Personalmente, per mia formazione di scrittore e di giornalista con particolare curriculum di critica cinematografica, e come Vicepresidente della Sezione "Arte, Cinema, Spettacolo e Mass media in psichiatria della SIP (Società Italiana di Psichiatria), negli ultimi dieci anni ho dedicato con particolare attenzione e con entusiasmo molti dei miei studi al tema, non tralasciando di accennarlo anche nelle lezioni di Psichiatria nel Corso di Laurea o in quelle di Psicoterapia, di Storia della Psichiatria e di Riabilitazione Psichiatrica nella Scuola di Specializzazione. Una riflessione critica su molti film d'interesse psichiatrico è stato l'argomento di un libro scritto con Emilia Costa e presentato al Festival del Cinema di Venezia. Abbiamo tenuto conto della lezione del collega Dalle Luche e di quella di sceneggiatori non ultimo quella di Garcia Marquez relativamente a questo aspetto della sua produzione artistica. Nel valorizzare poi l'esperienza clinica con i Gruppi di Arteterapia, soprattutto attraverso il Cinema, l'abbiamo resa oggetto di tesi di laurea, di ricerche presentate ai Convegni SIP e SOPSI e anche nei Seminari e Convegni alla Sapienza con esperti e autori di libri sull'argomento, quali Ignazio Senatore e Vittorio Volterra, rispettivamente Presidente e Presidente Onorario della sopracitata Sezione SIP, oppure con Giuseppe Martini noto per i suoi scritti su Narrazione e Interpretazione. Sappiamo che i Gruppi di Arteterapia vengono d'altronde adottati anche in altri luoghi riabilitativi. Nel reparto universitario abbiamo voluto arricchirlo con un tentativo di valutazione attraverso vari strumenti d'indagine. Alcune fortunate sincronicità, poi, hanno facilitato alcune tappe di questo nostro percorso, come l'incontro con il critico cinematografico Mario Sesti, il cui libro *In quel film c'è un segreto*, consiglio da anni di adottare a quegli studenti e specializzandi interessati a questo settore, o con l'altro critico Angelo Moscariello, anch'esso tra gli autori

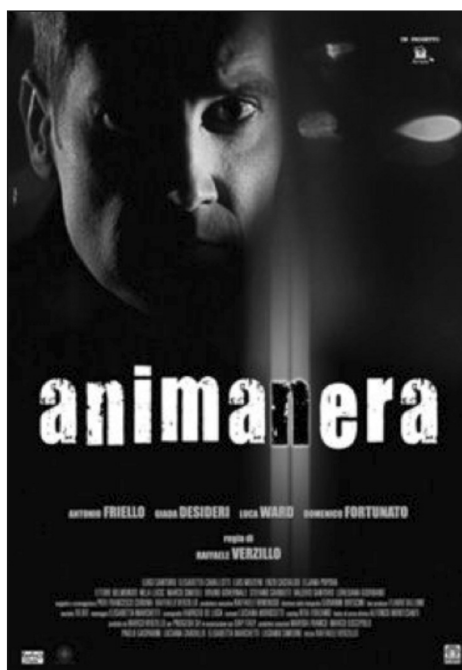
da me consigliati nella Didattica, o con Sergio Castellitto o con Luca Ward. Mi capitò di vincere la sezione “Lo sguardo del cinema sulla città” della prima edizione del Premio letterario *Albero-andronico* con il racconto *Cercando l'anima di Luca Ward in altomare*



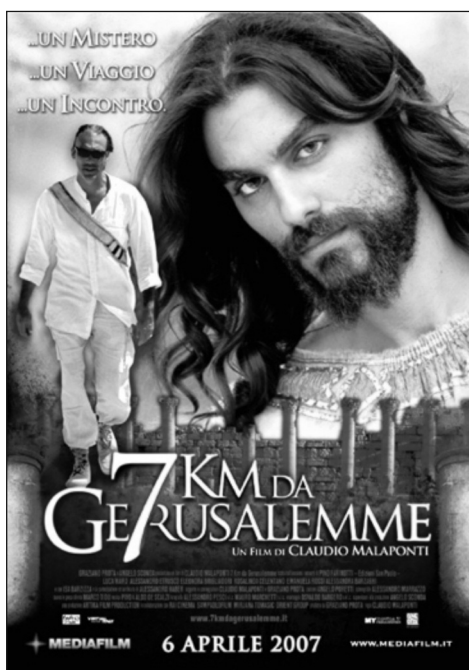
Da sinistra Biondi, Castellitto, Sesti al Convegno Sapienza 2014\*

dedicato alla voce nell'ombra di questo eccellente doppiatore. Mi stette molto a cuore lanciare sempre qui alla SAPIENZA di Roma due suoi film in 2 Seminari speciali con relatori di varie discipline: uno fu *animanera* sulla pedofilia, cui parteciparono, oltre il regista Raffaele Verzillo ed il cast, anche psichiatri e magistrati; l'altro fu *7 km da Gerusalemme* dal romanzo omonimo di Pino Farinotti, inserito tra gli eventi del nostro Convegno di Dipartimento, sul recupero della spiritualità nella nostra società lacerata dalla competizione e dal sentimento d'insufficienza, in presenza, anche in questo caso, del regista Claudio Malaponti, del cast e di religiosi.

Nei molti anni abbiamo selezionato con diversi criteri i film da proporre al gruppo dei pazienti, anche secondo gli scopi delle nostre ricerche. In linea di massima potremmo dire che sono stati selezionati per il valore artistico e/o per l'adeguatezza del contenuto al nostro contesto, e più specificamente alle peculiarità dei pazienti ricoverati in un dato periodo. Posso solo aggiungere che, dopo averne considerata la opportunità per quel determinato gruppo di pazienti in esame, la mia predilezione



\* foto di Roberto Petitti.

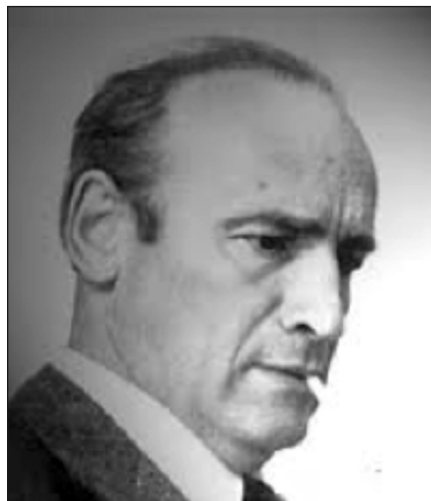


personale va alla filmografia di Valerio Zurlini per la delicatezza psicologica e a quella di Ferzan Ozpetek per il messaggio costante sulla necessità di espressione del *Vero Sé* (Winnicott, 2000).

Non ultimo, mai dimenticare come il Cinema insieme con altre forme dove è centrale la parola-messaggio, debba rispondere in generale a quell'etica della comunicazione sempre invocata ma spesso dimenticata in maniera disinvolta (Apel, 1992). Questione comunque importante ma, come è intuibile, fondamentale per quanto riguarda la selezione dei film nella clinica psichiatrica.

Ricordiamo che lo sguardo degli psichiatri sui film è duplice: da un lato la lettura psicologica dei film; dall'altro il tentativo di comprendere la sua azione

sullo spettatore. Pioniere di quest'ultima corrente di studi è Hugo Münsterberg, psicologo di Harvard, che nel 1916 pubblica le sue riflessioni su come il cinematografo possa riprodurre il funzionamento effettivo della mente con maggior successo delle solite forme narrative sostenendo che il film racconta la storia umana superando le forme della realtà, cioè lo spazio, il tempo e la causalità, adattando quindi gli avvenimenti alle forme della sua realtà, cioè l'attenzione, la memoria, la fantasia e l'emozione. Il film sembra essere un nuovo modo di spingere l'umanità a una maggior consapevolezza rendendo esprimibile l'inesprimibile attraverso lo spostamento su una piccola azione incidentale. Gli studi sulla percezione cinematografica si sviluppano per tutto il Novecento. Le radici affondano nella scuola della Gestalt e nella Psicoanalisi, per poi evolversi a tutto campo. Nel 1946 nasce a Parigi la Filmologia, orientamento degli studi cinematografici che anticipa per diversi aspetti la semiologia del cinema degli anni Sessanta e Settanta, per opera dello scrittore e teorico del cinema Gilbert Cohen-Séat, con l'in-



Zurlini

tenzione di coinvolgere nello studio dei film e del cinema specialisti di altri campi delle cosiddette scienze umane, in primo luogo la psicologia, la sociologia, la psicofisiologia, la psicoanalisi e l'estetica. Vengono studiati il problema percettivo del movimento, le rappresentazioni cinematografiche del tempo e dello spazio, gli effetti delle inquadrature e dei movimenti di macchina, i possibili significati delle tecniche di montaggio, le implicazioni nell'ambito della psicologia sociale e la psicodinamica dello spettatore. I risultati delle ricerche filmologiche sono per lo più pubblicati nella *Revue internationale de filmologie*, che annovera nei suoi collaboratori, tra gli altri, lo psicologo della percezione Albert Michotte, il sociologo Edgar Morin, gli psicoanalisti Cesare Musatti e Serge Lebovici. Le caratteristiche della fruizione cinematografica sono riconosciute simili a quelle che intervengono nel sonno, trovandosi i processi psichici attivati dalla visione di un film (quali la condensazione, lo spostamento, l'integrazione, la proiezione e l'identificazione) in diretta analogia con quelli che interessano l'esperienza onirica vera a propria. Per effetto dell'identificazione, lo spettatore è di volta in volta tutti i singoli personaggi, mentre per effetto della proiezione i singoli personaggi sono sempre lo stesso spettatore. Film come test proiettivo, dunque, e cinema come fabbrica dei sogni. Aggiunge che il film ritrova l'immagine sognata, indebolita, rimpicciolita, ingrandita, ravvicinata, deformata, ossessiva, del mondo segreto ove noi ci ritiriamo nella veglia come nel sogno, di questa vita più grande della vita dove dormono i crimini e gli eroismi che noi non compiremo mai, ove anneghiamo le nostre delusioni e ove germinano i nostri desideri più folli. Gli studi sulla percezione cinematografica si avvalgono in anni più recenti del contributo del lacaniano Christian Metz sull'indagine semiologica nel cinema, sulla "pulsione scopica" e lo spettatore "onnipercipiente", di Angelo MoscarIELLO, più sopra ricordato, critico, saggista e docente di Storia del Cinema presso l'Accademia dell'immagine all'Università di L'Aquila ("Identificazione con la macchina da presa"), di Ignazio Senatore, tra gli Autori di questo libro, psichiatra e psicoterapeuta presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università Federico II di Napoli (il "regime di credenza" simile alla condizione di chi sogna), e di Alberto Angelini, psicoanalista (SPI), direttore della rivista *Eidos: Cinema e Psiche* (il cinema è "cattarsi e suggestione").

Inoltre, dopo le ricerche nel campo della neurochirurgia, che, nella seconda metà del secolo scorso, videro la separazione chirurgica negli epilettici irriducibili dei due emisferi cerebrali, riuscendo a testare con sofisticate attrezzature le funzioni emozionali proprie dell'emisfero destro (non nei mancini) e le funzioni razionali proprie dell'emisfero sinistro, si è sviluppata una fiorente letteratura su tale argomento, in grado di delineare le strategie dei processi di acquisizione del nostro cervello e le relative modalità più fertili sia per trasmettere eventuali informazioni e sia per renderle meglio digeribili. Per le Neuroscienze il film è divenuto uno strumento scientifico per studiare la mente umana, come fecero numerosi psicologi del passato che ricorsero anche al cinema per illustrare le loro scoperte. Si pensi alle tecniche quali i raggi infrarossi o la risonanza magnetica per monitorare le reazioni di uno spettatore che vede un film o delle semplici immagini in movimento. I cambiamenti dei diametri pupillari, le variazioni del battito cardiaco (attivazione del sistema nervoso autonomo) oppure le aree di attivazione della corteccia

cerebrale, sono oggetto di osservazioni crescenti da parte degli studiosi. Meritano una menzione gli studi iniziati nel 2008 da Hasson, per cui è stato coniato il neologismo “neurocinematica”. La neurocinematica indica un nuovo campo di ricerche interdisciplinari che mette insieme le neuroscienze cognitive e le tecniche cinematografiche, attraverso l'utilizzo della fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging). L'fMRI viene spesso usata come sinonimo di RMF neuronale, una delle tecniche più recenti di *neuroimaging* funzionale, in grado di misurare il metabolismo cerebrale, permettendo di analizzare la relazione fra determinate aree cerebrali e specifiche funzioni, e misurando le variazioni di segnale nel cervello dovute a mutamenti dell'attività neurale. Il crescente impiego della fMRI nella clinica e diagnostica neurologica è dovuto alla bassa invasività e all'assenza di esposizione alle radiazioni. Hasson è un pioniere nell'uso della fMRI con lo scopo di osservare l'attività cerebrale mentre il soggetto riceve stimoli video, in senso generale “cinema”. Fondando la neuroscienza dei film o neurocinematica, il suo scopo è di allargare l'utilizzo della fMRI al fine di osservare il comportamento del cervello in relazione agli stimoli prodotti dal cinema, registrando gli stati mentali dello spettatore mentre guarda un determinato film.

Alcune tesi di Laurea richiestami dagli studenti in Medicina hanno avuto per oggetto questi temi. Penso con piacere a quella del dr. Michele Balducci, peraltro di professione attore, sulla riflessione intorno alle ipotesi biologiche e psicosociali della schizofrenia attraverso l'interpretazione critica di casi cinematografici con particolare riguardo a *Il papà di Giovanna* di Pupi Avati; a quella del dr. Alessio Giampà, riflessione critica sulle diagnosi categoriale e dimensionale nei disturbi di personalità schizoide e narcisistica sempre partendo da casi cinematografici e letterari; a quella del dr. Alessio Di Stasi sulla colonna sonora musicale come attivazione di emozioni sui pazienti ricoverati nel Day Hospital, nel quale i pazienti predilessero la colonna sonora del proustiano *C'era una volta in America* di Sergio Leone dal libro omonimo di Harry Gray, film meraviglioso ma troppo lungo e difficile per essere proposto al nostro gruppo, ma dove d'altronde la Musica di Ennio Morricone è parte fondamentale della sua bellezza; infine a quella della dr. ssa Lucilla Chiaradia, anche lei medico e attrice, sugli aspetti dell'Identificazione e dell'Ideale dell'Io correlati alla Visione di film. Questa tesi appare di particolare interesse poiché descrive una esperienza di Gruppo nella quale detti aspetti vengono a loro volta correlati con il miglioramento dell'*insight* e con il conseguente sviluppo di capacità di *coping*.

Va anticipato che il nostro gruppo fluttuante implica in generale che il numero di film visti da ciascun paziente nel periodo di degenza è variabile. Nella ricerca specifica, osservammo 24 pazienti ai quali vennero proposti 16 film nel corso di 4 mesi (Tabella 1.II). Videro in media 4 film per uno. Ogni film è stato visto da una media di 6 pazienti.

Il criterio di scelta dei film è stato condiviso con il gruppo dei pazienti. È stato sostanzialmente di esclusione, scartando i film violenti incentrati su temi tragici quali omicidi o suicidi, o comunque con immagini eccessivamente forti. In accordo con i dati della letteratura sono prevalse commedie oppure drammi con un finale riparatore o portatore di valori forti.



**Tabella 1.II.** Film proposti nello studio sulla Identificazione e Ideale dell'Io.

*L'anima gemella* di S. Rubini (2002)  
*A piedi nudi nel parco* di G. Saks (1967)  
*Basilicata coast to coast* di R. Papaleo (2010)  
*Cartoline dall'inferno* di M. Nichols (1990)  
*Dirty Dancing* di E. Ardolino (1987)  
*Il discorso del re* di T. Hooper (2010)  
*Eva contro Eva* di J. L. Mankiewicz (1950)  
*Ferie d'agosto* di P. Virzì (1995)  
*La finestra di fronte* di F. Özpetek (2003)  
*Genio Ribelle* di G. Van Sant (1997)  
*La musica del cuore* di W. Craven (1999)  
*Paura d'amare* di G. Marshall (1991)  
*Il postino* di M. Radford (1994)  
*Tutti insieme appassionatamente* di R. Wise (1965)  
*Shine* di S. Hicks (1996)  
*Volver* di P. Almodóvar (2006)

Abbiamo costruito un **Questionario** (Fig. 1.2) basandoci sulle discussioni ricorrenti nel Gruppo Cinema negli ultimi anni. Come si vede, gli 11 *items* contemplano informazioni inerenti sia l'identificazione sia le ambizioni e gli ideali.

Le domande sono divisibili in 4 gruppi: 1° gruppo (n°1, n°2 e n°3): apertamente sull'identificazione con un personaggio-modello di identificazione positivo e/o negativo, a seconda che siano espresse le caratteristiche positive o negative in comune; (n°4 e n°5): si chiede se vi sia un personaggio che viene avvertito come più diverso da se stessi e perché (anche la negazione dà informazioni su aspetti della personalità presenti e rifiutati); 2° gruppo (n°6 e n°7): sul personaggio *ideale*; 3° gruppo (n°8 e n°9): sui *valori* degni di ammirazione; 4° gruppo (n°10 e n°11): sull'*utilità* di aver visto il film, specialmente in termini d'*insight* e di *coping*.

- 1 – Qual è il personaggio al quale senti di assomigliare di più?
- 2 – Elenca le caratteristiche positive che vi accomunano
- 3 – Elenca le caratteristiche negative che vi accomunano
- 4 – Qual è il personaggio che senti più diverso da te?
- 5 – Perché?
- 6 – Qual è il personaggio diverso/a da te che ti fa dire: “vorrei essere lui/lei”?
- 7 – Perché? Che cosa ha lui/lei/loro che tu non hai e che vorresti avere?
- 8 – Hai ritrovato nel film valori (es. etica, pace, altruismo etc.) che ammiri? SI/NO
- 9 – Se sì, quali?
- 10 – Pensi che la visione di questo film ti sia stata utile? SI/NO
- 11 – Se sì, perché?

**Fig. 1.2.** Questionario inerente l'Identificazione e l'Ideale dell'Io.

Cinque questionari non sono stati compilati. È interessante osservare che di questi, i due pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità hanno affermato che il film non gli era piaciuto, per una personale idiosincrasia verso il genere e una lontananza dai modelli presentati; gli altri tre che hanno sostenuto di non poter compilare il questionario perché distratti, assorbiti dalla propria malattia, erano una paziente con Disturbo Bipolare I, una paziente con Disturbo di Personalità NAS e una paziente con Disturbo Schizoaffettivo.

Dai dati inerenti i questionari compilati emerge che le domande del 4° gruppo hanno ricevuto risposta nel 100% dei casi. I pazienti, dunque, quando hanno compilato i questionari, fosse anche rispondendo a pochissime domande, *hanno sempre risposto sull'utilità dell'aver visto il film*. Di queste 85 risposte, abbiamo 69 “sì” e 16 “no”. Quindi l'81% dei pazienti ha trovato utile il film. Emerge poi il dato significativo che la risposta NO alla domanda 10 era correlata a difficoltà di riconoscere nei personaggi modelli d'identificazione, positiva o negativa, in personaggi diversi da sé, e modelli d'ambizione e ideali. Come dire che l'utilità di un film è data proprio dalla possibilità di riconoscere modelli con cui identificarsi, di poter sognare di essere altro da sé, di ritrovare cioè personaggi che aiutino nella autoconsapevolezza e a cui ispirarsi per possibili soluzioni pragmatiche e/o esistenziali (Tabella 1.III).

**Tabella 1.III.** Percentuali di compilazione/Risposte al 4° gruppo di domande (utilità del film).

N° questionari	compilati al	numero di “no”	numero di “sì”	nessuna risposta
30	100%	2	28	0
33	75%	4	29	0
12	50%	5	7	0
10	25%	5	5	0
TOT = 85	————	TOT = 16	TOT = 69	TOT = 0

Al 3° gruppo di domande ha risposto il 93% dei pazienti. È il secondo gruppo che ha ricevuto più risposte: su 85 questionari compilati, 79 risposte: 66 “sì” e 13 “no”. La percentuale di risposta positiva è il 78%. Confrontiamo anche questi dati con le percentuali di compilazione dei questionari. In questo caso è meno evidente la relazione tra diminuzione delle risposte date e aumento di risposte negative. E analizzando la relazione tra presenza/assenza di valori trovati nel film e utilità del film stesso, i 13 “no” non necessariamente corrispondono ad un film non utile, anzi. In più della metà dei casi (7 su 13) il non trovare valori positivi non ha impedito al paziente di riconoscere l'utilità del film visto. In 6 casi, invece, l'assenza di valori concorda con l'assenza di utilità (Tabella 1.IV).

**Tabella 1.IV.** Percentuali di compilazione/Risposte al 3° gruppo di domande (valori ammirati).

N° questionari	compilati al	Numero di “no”	numero di “sì”	nessuna risposta
30	100%	6	24	0
33	75%	1	32	0
12	50%	4	8	0
10	25%	2	2	6
TOT = 85	————	TOT = 13	TOT = 66	TOT = 6

Il 1° gruppo di domande (identificazione) è in ordine il terzo che ha ricevuto più risposte. Su 85 questionari compilati:

- 70 identificazioni (+64 caratteristiche positive e +50 caratteristiche negative)
- 70 personaggi diversi da sé nominati (+70 motivazioni).

Viene sottolineata la coincidenza numerica tra identificazione e riconoscimento di un personaggio diverso da sé. Abbiamo già detto che anche quest’ultimo meccanismo può rientrare nel processo d’identificazione: dico chi sono, affermando chi non sono. Questa possibilità emerge nella discussione che segue alla compilazione del questionario. Da non trascurare che l’identificazione con un personaggio del film per le sue caratteristiche positive è più “semplice”, più “istintiva” e rassicurante di quella per le caratteristiche negative.

Le domande che hanno ricevuto meno risposte appartengono al 2° gruppo (personaggio ideale): 42 su 85 questionari.

Nella discussione successiva è emerso peraltro come la stessa compilazione del questionario è stata considerata una variabile positiva per il miglioramento della capacità d’*insight*.

I pazienti hanno correlato l’utilità dei film alla storia raccontata come modello positivo per trovare soluzioni o almeno possibili vie d’uscita a situazioni difficili, e come stimolo a non sprecare talenti, interessi e passioni. I pochi film dichiarati non utili sono quelli che non sono piaciuti o che sono stati vissuti come troppo drammatici, evocativi di sofferenze personali eccessivamente dolorose, non ricomposte del tutto neppure durante la discussione collegiale. È interessante tuttavia sottolineare che in questi casi i colloqui individuali con i medici sono stati preziosi per affrontare e per iniziare ad elaborare proprio quelle sofferenze. Potremmo dire che risiede anche in questo l’utilità del film, negata magari nel questionario e nella discussione ma chiarita più tardi: trasformare le ferite implacabili in sentimenti dicibili e condivisi.

I valori che i pazienti hanno più frequentemente ravvisato nei film sono di carattere interpersonale: l’altruismo, l’amicizia, l’amore, la solidarietà, il rispetto, la tolleranza, la libertà. Ma altrettanto spesso emergono valori individuali come il coraggio, la voglia di crescere e cambiare, la forza di affrontare difficoltà o risollevarsi dopo una caduta, le risorse per raggiungere i propri obiettivi, l’accettarsi per quello che si è. Il riconoscere tali valori rinforza i modelli positivi ai quali ispirarsi.



Allo stesso tempo, cosa altrettanto utile, sono emersi molti temi personali di disagio, di traumi subiti, di abusi compresa la trascuratezza. I pazienti hanno colto “l’occasione-film” per raccontare come ci si senta incompresi, giudicati, criticati, isolati, diversi dagli altri. Abbiamo osservato che prevale il meccanismo identificativo con il personaggio rispetto al sogno esplicito di essere qualcun altro, e come tale meccanismo sia legato alla dichiarazione di utilità del film, sia per il desiderio di una maggiore consapevolezza sia per quello di scovare in se stessi quelle caratteristiche positive che si sono riconosciute in un altro, soprattutto nei personaggi che affrontano le “prove”, le avversità e le superano, un po’ con lo stesso meccanismo delle fiabe. Scriveva Marie-Louise von

Franz, allieva di Jung “Trovo che oggi il cinema affronti parecchi di questi temi psicologici fondamentali, sostituendosi alle fiabe e ai miti del passato. I film rappresentano l’espressione moderna di miti e fiabe e quelli che, come le fiabe, narrano del mondo interiore, sono prediletti dal pubblico, perché in effetti l’essere umano ha un grande bisogno di miti per orientare e tracciare il percorso del mondo dei sogni o dell’inconscio”. Ecco che diventano eroi-guida personaggi di film come la fragile e forte Susan di *Cartoline dall’inferno*, la giovane e insoddisfatta Giovanna di *La finestra di fronte* che troverà la strada per realizzare il suo *Vero Sé*, l’agguerrita Roberta di *La musica del cuore*, e il balbuziente principe Albert ne *Il discorso del re*. Commentava una paziente a proposito di quest’ultimo film: “A quanti è capitato di essere balbuzienti dentro e non riuscire a far sentire la propria voce interiore che chiede aiuto e conforto? Il problema è trovare chi ti ascolta con reale e amorevole interesse, affinché attraverso la condivisione si possa cercare di stare tutti meglio!”.

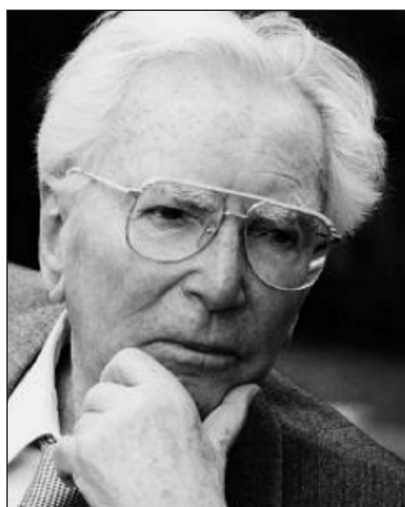
Oltre quelli richiamati in questo stesso capitolo e nei 2 lavori successivi di Spanò, Minichino e collaboratori, nei 10 anni di esperienze di gruppi settimanali e anche bisettimanali abbiamo proposto più di cento film. Alcuni di essi, selezionati secondo la nostra valutazione preliminare di adeguatezza, generale o specifica per un determinato gruppo di pazienti, sono stati proposti ripetutamente, naturalmente a gruppi con pazienti diversi (Tabella 1.V).

Contenuti inerenti la figura dello psichiatra e dello psicoanalista, del rapporto con i pazienti, questioni esistenziali e sociali, temi come il Sé creativo, *il vero Sé*, lo stile di vita, l’identità, la famiglia (tema, quest’ultimo, che sarà trattato specificamente più avanti, nel capitolo di Spanò e coll.), hanno dominato nella selezione generale dei film, salvo uno studio particolare in cui la valutazione di processo è stata misurata con film scelti per la loro fama e quindi per la loro diffusione nell’immaginario collettivo (come si può vedere più avanti nel capitolo di Minichino e coll.).

**Tabella 1.V.** I film più adottati in Day Hospital.

<p><i>Amici miei</i> di M. Monicelli (1975)  <i>The Artist</i> di Hazanavicius (2011)  <i>L'avvocato del diavolo</i> di T. Hackford (1997)  <i>Bronx</i> di R. de Niro (1993)  <i>Compagni di scuola</i> di C. Verdone (1988)  <i>Il diavolo veste Prada</i> di D. Frankel (2006)  <i>12</i> di N. Mikhalkov (2007)  <i>Fa' la cosa giusta</i> di S. Lee (1989)  <i>La felicità porta fortuna</i> di M. Leigh (2008)  <i>La gabbianella e il gatto</i> di E. D'Alò, (1998)  <i>Lettere d'amore</i> di M. Ritt (1990)  <i>Marnie</i> di A. Hitchcock (1964)  <i>Million dollar baby</i> di C. Eastwood (2004)  <i>Nati stanchi</i> di D. Tambasco (2002)  <i>Nelly e Mr. Arnaud</i> di C. Sautet (1995)  <i>New York New York</i> di M. Scorsese (1977)  <i>La pecora nera</i> di A. Celestini (2010)  <i>Pensieri pericolosi</i> di J. N. Smith (1995)  <i>Qualcuno verrà</i> di V. Minnelli (1958)  <i>Quattro minuti</i> di C. Kraus (2002)</p>	<p><i>Quiz show</i> di R. Redford (1994)  <i>Il piccolo diavolo</i> di R. Benigni (1988)  <i>Il postino</i> di M. Radford (1994)  <i>Passione</i> di J. Turturro (2010)  <i>Prova a prendermi</i> di S. Spielberg (2002)  <i>Quarto potere</i> di O. Welles (1941)  <i>La ragazza con la valigia</i> di V. Zurlini (1961)  <i>La ragazza di Nashville</i> di M. Apted (1980)  <i>Ricche e famose</i> di G. Cukor (1981)  <i>La scelta di Sophie</i> di A. J. Pakula (1982)  <i>La seconda notte di nozze</i> di P. Avati (2005)  <i>Serendipity</i> di P. Chelsom (2001)  <i>Si può fare</i> di G. Manfredonia (2008)  <i>Sixty six</i> di P. Weiland (2006)  <i>Lo specchio della vita</i> di D. Sirk (1959)  <i>Stregata dalla luna</i> di N. Jevison (1987)  <i>Tutta la vita davanti</i> di P. Virzi (2008)  <i>Tutte le manie di Bob</i> di F. Oz (1991)  <i>La vie en rose</i> di O. Dahan (2007)  <i>I vitelloni</i> di F. Fellini (1953)</p>
---	--

Una caratteristica che fu notata in varie esperienze, è che mentre una volta i film in maniera manichea tendevano, salvo alcuni capolavori, a dividere il mondo in Bene e Male con un generale trionfo finale del Bene come nelle fiabe, piano piano il Cinema, come la Letteratura, in sintonia con il moderno sguardo sull'arabesco dell'esistere, è diventato sempre più sfumato e aderente a una realtà in cui gli osimori s'intrecciano e il piano di vita possibile sarà il risultato di questa condizione. Sembra emergere piuttosto l'importanza di un "compito" della vita, che è anche "senso" della vita (Frankl, 1990), personale, irripetibile nel bene e nel male appunto. Questo per i nostri pazienti è un messaggio di portata psicologica formidabile: il gruppo consente di vedere ai problemi non solo con le prospettive e le finzioni che ogni paziente ha creato in maniera rigida, e molti film in sé offrono in questo senso una indicazione preziosa. Questo contribuisce molto all'obiettivo di tutto il complesso dei percorsi terapeutici, riuscire cioè a far vedere le cose anche in maniera diversa, non catastrofica: come nella vignetta in cui *Mafalda* a suon di musica dice che fare un passo avanti e due indietro non significa per forza perder terreno. Può essere anche un *cha cha cha*.



Frankl



## IL BELLO DEL CINEMA? I POP CORN \*\*

*Ignazio Senatore\**

Sono anni che propongo in diversi convegni le infinite correlazioni tra cinema e psiche. Sul mio sito [www.cinemaepsicoanalisi.com](http://www.cinemaepsicoanalisi.com) ho dedicato una pagina a tutti i blob cinematografici che ho realizzato in questi anni. Credo non ci sia argomento di pertinenza psichiatrica che non abbia trattato. Già nel mio volume *Curare con il cinema* avevo suggerito l'innegabile connubio tra cinema e psicoterapia. Cos'è il cinema, del resto, se non un grande narratore di storie? E noi terapeuti non siamo, forse, affetti dalla "Sindrome di Sheherazade" e, per non morire, raccontiamo storie ai pazienti? Questa volta, per la prestigiosa occasione offertami dal Prof. Biondi e dalla prof. ssa Coccanari, ho pensato di spingermi oltre. Il mio ultimo libro s'intitola *Il bello del Cinema? I popcorn* (2013) e riporta le più belle riflessioni sul cinema proposte da attori e registi. Ed è proprio a partire dalle suggestioni suggerite in quel volume che vi "dimostrerò" come sia possibile interrogarsi sulla nostra pratica psicoterapeutica e sulla nostra identità professionale, non più prendendo a prestito le dotte intuizioni di psicoterapeuti e/o psicoanalisti, bensì quelle di Maestri del cinema. Per confermare questa mia ipotesi, ho bisogno che abbandoniate le certezze legate al vostro sapere scientifico, lasciate volare la vostra immaginazione e facciate una piccolissima operazione: sostituire alle parole "cinema" e "film", a cui fanno riferimento i registi, con quella di psicoterapia. Essendo le loro riflessioni così esaustive, avevo pensato di lasciarle scorrere senza commentarle, ma poi, per non essere tacciato di eccessiva pigrizia, ho ritenuto opportuno proporvi, a margine, qualche mia riflessione. Spero che i cinefili presenti in aula, mi perdonino l'uso "strumentale" delle riflessioni prese a prestito dai Maestri del cinema.

*Werner Herzog: "Siamo sempre più soli e io credo che il prossimo secolo sarà, se si può già descrivere adesso il secolo della solitudine. Il cinema è qualcos'altro. Il cinema ci guida fuori da questa solitudine, il cinema ci*



Herzog

\* Psichiatra, docente Università Federico II di Napoli, Presidente Sezione "Arte, Cinema, Spettacolo e Mass media in psichiatria" della Società Italiana di Psichiatria.

\*\* Lettura magistrale presentata al Convegno Cinema Psichiatria e Psicoanalisi – Esperienze nel Day Hospital Psichiatrico della Sapienza Università di Roma.

*mette in contatto con altre persone e soprattutto anche in armonia con noi stessi e ci mette in contatto con le nostre immagini che dormivano dentro di noi”.*

Quante volte, durante le sedute, abbiamo ascoltato storie di umana sofferenza, segnate, il più delle volte, da una solitudine strisciante e paralizzante? Non è, forse, vero, che alcuni, ormai totalmente privi di relazioni affettive, ci individuano come gli unici custodi delle loro ansie e preoccupazioni? Non è, forse, nostro compito, come suggerisce il grande regista tedesco, *guidarli fuori da questa solitudine e metterli in contatto con le immagini che dormivano dentro di loro?*

*Andrej Tarkovskij: “Penso che il movente che normalmente spinge una persona ad andare al cinema, sia la ricerca del tempo: o il tempo dissipato, o quello perduto, oppure quello non ancora raggiunto. Una persona va al cinema per cercare un’esperienza di vita, perché il cinematografo, come nessuna altra forma d’arte, allarga, arricchisce e concentra l’esperienza affettiva dell’uomo, e per questo, non solo l’aumenta, ma la rende, per così dire, più lunga, decisamente, più lunga”.*

Andrej Tarkovskij, indimenticato regista, autore di *Solaris*, suggerisce una straordinaria riflessione non solo sul concetto del tempo “perduto” di proustiana memoria, ma fa riferimento a quella sospensione temporale che scatta in sala nello spettatore, sovrapponibile a quella del paziente in seduta che, grazie al nostro aiuto, inconsapevolmente, *allarga, arricchisce la propria esperienza affettiva*, incolla pezzi della memoria, ricordi e riflessioni, fino a ricomporre la propria identità.

*Beppe Cino: “Vorrei che la gente, dopo aver visto un mio film, sentisse come un peso sulla testa, il peso di un pensiero. Un pensiero, una riflessione sul proprio vissuto che il mio film è riuscito magari a ‘smuovere’. Un pensiero su quello che siamo, così fragili e insicuri di fronte alla paura, di fronte alla morte. Vorrei che il pubblico avvertisse la gravità di quello che, nei miei film, ho raccontato”.*

Sperare che il paziente possa sentire il peso di un pensiero e mentalizzare il materiale emerso in seduta, non è forse l’aspirazione di tutti gli psicoterapeuti?

*Ettore Scola: “Il cinema è dubitativo, non affermativo. Un film non deve dare soluzioni. Però porre interrogativi, sottolineare certi dubbi, avvertire domande che sono nell’aria e riproporle. Credo che questo sia uno dei compiti del cinema, ma non solo del cinema, ma di ogni forma d’arte”.*

Il grande regista irpino ci ricorda che una psicoterapia, per essere credibile, debba essere dubitativa e non affermativa. Non credete anche voi che il compito di un terapeuta non debba essere quello di proporre soluzioni al paziente ma di *porre interrogativi, sottolineare certi dubbi, avvertire domande che sono nell’aria e riproporle?*

*Robert Bresson: “Il cinema è una scuola di disattenzione: si guarda senza vedere, si ascolta senza sentire”.*



Scola



Come non condividere la felice intuizione di uno dei padri della cinematografia francese? E la *disattenzione* a cui fa riferimento non è, forse, sovrapponibile all'*attenzione libera fluttuante* di freudiana memoria o al "*campo lasciato a maggese*" di Masud Khan ed all'*assenza di memoria e di desiderio* di Bion?

*Michelangelo Antonioni*: "Mi sono sempre domandato se sia giusto dare sempre un finale ai racconti, letterari teatrali o cinematografici che siano. Una volta chiusa in un suo alveo una storia rischia di morirvi dentro, se non le si dà un'altra dimensione, se non si lascia che il suo tempo si prolunghi in quello esterno dove siamo noi, protagonisti di tutte le storie. Dove non c'è niente di concluso".

Credo che l'affermazione del Maestro ferrarese sia un punto di non ritorno per chi esercita la professione di psicoterapeuta. Quante volte, specialmente i giovani terapeuti, per sedare le proprie ansie e sentirsi al riparo da incertezze ed errori, scelgono, come modalità difensiva, di dare un "*finale ai racconti*", inquadrando, ad esempio, la storia del paziente, frettolosamente, all'interno di una rigida categoria diagnostica? Compito dello psicoterapeuta non è, forse, quello di lasciare che le storie del paziente si dispieghino nel corso del tempo, così da permettere loro di dare un nome ai silenzi, alle parole strozzate ed a quelle pronunciate sottovoce?

*Francesco Rosi*: "I film fanno di testa loro. Aggiungo che un film è come un mulo, se lo si obbliga ad andare dove non vuole, quello non ci va. Spara calci, ma non ci va. È così. Se c'è una scena sbagliata, ti andrà storta, non riuscirai mai a farla, perché evidentemente quella scena non ci deve essere nel film".

*Mario Martone*: "I buoni maestri sono quelli che ti dicono da dove vieni, i cattivi maestri ti dicono dove devi andare".

Alzi la mano chi non si è trovato, almeno una volta, nel corso di un percorso terapeutico, a dover reimpaginare completamente le proprie convinzioni e ad abbandonare le certezze che lo avevano accompagnato fino ad allora? Quante volte ci siamo ostinati a leggere un comportamento disfunzionale del paziente, secondo le nostre convinzioni, che poi si sono rivelate errate? Le illuminanti affermazioni di Francesco Rosi e di Mario Martone ci ricordano che un terapeuta non deve *obbligare il paziente ad andare dove non vuole* e/o provare a forgiarlo a propria immagine e somiglianza. E se *i cattivi maestri ti dicono dove devi andare*, quante volte abbiamo ascoltato pazienti che si lamentavano di terapeuti che volevano "forzarli" a prendere, a tutti i costi, delle decisioni verso le quali non si sentivano ancora pronti?

*Luc Besson*: "Léon è nato un giorno in cui passavo per una via di Parigi, sotto un portone, in piena estate. C'era un uomo sulla cinquantina. Spalle quadrate da lottatore, in un cappotto invernale. Aveva in mano un'enorme borsa e aspettava all'ombra. È bastato alla mia povera testa malata per pensarci. Questo tizio era sicuramente un sicario o un uomo che stava per diventarlo. La sua valigia rinchiusa per forza i peggiori strumenti di tortura".

Credo che il fascino maggiore della nostra professione risieda proprio nella capacità di poter mettere in moto la nostra immaginazione. Sin dal primo istante che un paziente si presenta alla nostra osservazione, lasciamo viaggiare la nostra fantasia ed immaginiamo quale possa essere il suo mondo interno, le sue relazioni affettive, amicali, la sua professione, i suoi hobby ecc. È bastato alla mia povera testa malata per pensarci, e come afferma Besson, un piccolissimo particolare dell'abbigliamento del paziente, un taglio di capelli

o un “insignificante” tratto distintivo mi è balzato agli occhi ed aperto il suo mondo interno. E non succede questo anche a voi?

*Wim Wenders: “Esistono film che sono come spazi chiusi: non lasciano il minimo spazio vuoto tra le singole immagini, non permettono di vedere ciò che è rimasto “fuori” dal film, non consentono agli occhi e ai pensieri di muoversi liberamente. In questo genere di choc visivi lo spettatore non può riversarsi nulla di proprio, nessun sentimento, nessuna esperienza. E si esce dal cinema con un senso di delusione. Solo i film che lasciano spazi vuoti tra le immagini raccontano una storia, ne sono convinto, perché una storia si produce anzitutto nella testa dello spettatore o dell’ascoltatore. E gli altri film, quelli a sistema chiuso, fingono solo di raccontare una vicenda. Seguono la ricetta della narrazione ma usano ingredienti senza gusto”.*

A cosa fa riferimento il geniale regista tedesco? A quell’atteggiamento rigido di certi terapeuti che una volta formulata un’ipotesi sul funzionamento del paziente, non sono disposti più a rivederla e la difendono, comunque, a spada tratta. Per me sono *spazi chiusi* le rigide interpretazioni analitiche, quelle fedeli pedissequamente a certe scuole di pensiero, le seriali prescrizioni farmacologiche, le esponenziali diagnosi di “disturbo bipolare”, malattia psichiatrica di moda, di cui sembra affetta, oramai, il 99% della popolazione italiana... Wenders ci ricorda che solo gli *spazi aperti* raccontano una storia e questa sua riflessione ci riporta, inevitabilmente alle affermazioni di Caillè: “*Potremmo dire semplificando che la sofferenza psichica è il risultato di narrazioni che si sono mal costruite*”. Ed a quella di Sluski: “*Un incontro si può dire terapeutico quando al suo interno ha luogo una trasformazione della storia narrata*”.

*Jean Renoir: “Bisogna sempre lasciare una porta aperta sul set, perché è attraverso quella che l’inatteso arriverà”.*

Credo sia pleonastico commentare questa affermazione del grande regista francese. E non è forse *l’inatteso* quello che ridona vita ed energia ad un processo terapeutico in una fase di stallo e ci fa nuovamente credere che il paziente possa abbandonare un giorno quelle modalità disfunzionali? E non è forse *l’inatteso* che rimette in moto le parti sane del paziente e che rende possibile quel suo piccolo passo in avanti?



Antonioni

*Michelangelo Antonioni: “Qualche volta arrivo sul set senza sapere che cosa si girerà. È il sistema che preferisco: arrivare alle riprese senza essere preparato, vergine. Chiedo spesso di rimanere lì, da solo, per un quarto d’ora, per mezz’ora e lascio che i miei pensieri vaghino liberamente. Le cose che mi circondano mi aiutano, mi danno sempre dei suggerimenti. Ad ogni modo credo sia molto utile osservare i luoghi, sentire per un po’ l’atmosfera aspettando i personaggi. Può capitare che le immagini che ho davanti agli occhi in quel momento coincidano con quelle che avevo in mente, ma è raro. Di solito, nell’immagine pensata c’è qualcosa di insincero, di artificiale. Anche questo è un modo di improvvisare”.*

Voglio sperare che nessuno di voi sappia assolutamente quello che farà, dirà, o penserà in seduta.

È evidente che ogni terapeuta avrà, da qualche parte, una traccia da seguire, infilato nei cassette della memoria una serie di informazioni relative al paziente e che saprà tirarli fuori all'occorrenza, ma quello di cui parla il Maestro ferrarese credo sia altro. Il suo candidato *"Qualche volta arrivo sul set senza sapere che cosa si girerà"* rimanda, in qualche modo, ad una verginità dello sguardo che ogni terapeuta dovrebbe sempre custodire dentro di sé. E quando afferma: *Di solito, nell'immagine pensata c'è qualcosa di insincero, di artificiale*, credo ci stia suggerendo di abbandonare ipotesi pre-costituite e di lasciarsi andare incontro al nuovo *senza essere preparati*.

Claude Sautet: *"Non comincio mai con una storia, ma con qualcosa di più astratto che si potrebbe definire un'atmosfera. In effetti tutto ha inizio con un'ossessione confusa che mi è difficile spiegare e che cerco di riassumere immaginando personaggi, costruendo relazioni tra loro, e cercando di cogliere il punto più intenso di queste relazioni, in altre parole il momento di crisi"*.

Sappiamo che a determinati contesti terapeutici corrispondono determinate atmosfere. Nel *setting* analitico si respira un clima che non è sovrapponibile certamente alla terapia di gruppo, né tantomeno alla terapia familiare. Credo che sia nostro compito interrogarci su quale *atmosfera* tendiamo a creare in seduta. È evidente che, se utilizziamo un approccio prescrittivo o puntiamo alla prescrizione dei farmaci, l'atmosfera in seduta risentirà, inevitabilmente, di un canovaccio che propone da un lato il custode del sapere e dall'altro chi deve solo attenersi alle sue indicazioni. E non è, forse, più suggestivo lasciarsi avvolgere da un certo tipo di *ossessione confusa* e provare a scoprire quali verità essa contiene?

Nelson George: *"Spike Lee mi disse: 'Non credo nella struttura narrativa hollywoodiana. Il pubblico americano è abituato a certi ritmi, a storie che hanno uno svolgimento e una precisa risoluzione'. Gran parte dei film americani rispetta questa struttura: tesi e sintesi, conflitto e risoluzione. Da questo punto di vista Spike opera sempre controcorrente, sfida ogni aspettativa, mette finali multipli, non sempre riprende il filo di tutte le narrazioni, alcune trame costituiscono temi a sé stanti nel bel mezzo del film. Non credo come regista si senta a suo agio a lavorare entro i confini di una sceneggiatura tradizionale. Ogni volta che gliene danno una, è sempre riuscito a darle una torsione alla Spike"*.

Nelson George ci ricorda come è strutturata la narrazione in gran parte dei film americani: *tesi e sintesi, conflitto e risoluzione*. Vi domando: *vi sentite a vostro agio a lavorare entro i confini di una psicoterapia tradizionale o, non è forse più affascinante operare come Spike Lee sempre controcorrente?* Non c'è, forse, il rischio, nel primo caso, di proporre terapie sbiadite ed incolore tutte eguali a se stesse? Ed il fascino della psicoterapia non è forse quello di viaggiare verso l'ignoto?

Wim Wenders: *"Poi ho imparato che in un film non ha senso raccontare ad ogni costo una storia. Le storie danno alla gente la sensazione che esista un senso e un ordine dietro l'incredibile confusione di tutti i fenomeni che ci circondano. La gente sembra desiderare quest'ordine più di qualunque altra cosa. Le storie sono una struttura artificiale che aiuta gli uomini a vincere le loro maggiori paure: la paura che non ci sia Dio e che essi non siano altro che minuscoli elementi fluttuanti dotati di percezione, perduti in un universo che trascende ogni loro immaginazione. Le storie, creando contesti, rendono la vita sopportabile e sono di aiuto contro questa paura. Per questo motivo i bambini vogliono ascoltare delle storie prima di addormentarsi. Quello che mi rende sopportabile l'osservazione di una carta geografica è il*

*trovarvi un itinerario, un percorso per attraversare il paesaggio, o la città. È ciò che fanno anche le storie: descrivono percorsi di orientamento in un universo dove si può andare in milioni di luoghi diversi, senza arrivare in nessun luogo, se non si ha una storia”.*

Raoul Walsh: *“Se non hai la storia, allora non hai niente”.*

Jean Luc Godard: *“In una storia c'è sempre un inizio, un centro e una fine ma non necessariamente in quest'ordine”.*

Wenders, Walsh e Godard, con le loro preziosissime riflessioni ci raccontano delle innegabili verità. Da un lato siamo spinti a raccontare *ad ogni costo una storia* al paziente, anche perché, come afferma, proditoriamente Walsh *se non hai la storia, allora non hai niente*. Nello stesso tempo Wenders ci ricorda però che *le storie descrivono percorsi di orientamento dove si può andare in milioni di luoghi diversi* e che noi possiamo offrire al paziente solo delle possibili letture dei suoi accadimenti interni. Come aiutarlo, quindi? Godard sembra venirci incontro quando ci ricorda che *in una storia c'è sempre un inizio, un centro e una fine ma non necessariamente in quest'ordine*. Sorrido all'idea delle terapie focali ed a quella bizzarra convinzione di alcuni terapeuti che sono convinti di poter inchiodare la narrazione del paziente, nel rispetto di un ordine pre-stabilito. E non è forse nostro compito, lasciarsi fluire dalle produzioni spontanee del paziente, siano esse relative al passato od ad accadimenti recenti, per poi giocare di sponda?

Sidney Pollack: *“Quello che in genere stupisce i giovani registi è che il lavoro di un attore non è affatto intellettuale. Un attore non ha bisogno di capire quello che deve fare, almeno non da un punto di vista convenzionale. Ha soltanto bisogno di farlo. C'è un'enorme differenza tra una regia che produce un comportamento e una che produce una comprensione intellettuale. La seconda non serve a niente. Potete parlare ore con un attore per fargli capire il personaggio, ma non è questo che gli permetterà di recitare come si deve davanti ad una macchina da presa, di essere abbastanza commovente o capace di turbare”.*

Queste fulminanti considerazioni di Sidney Pollack dovrebbero appuntarle quei terapeuti che, sposando una terapia di derivazione anglosassone, tanto di moda ai giorni nostri, credono che la psicoterapia sia principalmente un esercizio intellettuale e che bisogna rivolgersi essenzialmente alla parte razionale del paziente.

Gabriele Salvatores: *“Credo che il cinema debba far nascere desideri e che li debba comunicare”.*

C'è chi ha definito il processo terapeutico come una pratica atta a produrre nel paziente degli “innesti di desiderio”. E non è corretto definire la psicoterapia un percorso che *debba far nascere desideri e che li debba comunicare?*

Giuseppe Tornatore: *“Ho sempre distinto la gente in due categorie; quelle che, nel buio di una sala cinematografica, sanno lasciarsi andare all'emozione e quelli che, persino nel buio di una sala cinematografica, riescono a contenersi e sentono che commuoversi in pubblico sia una sorta di dimostrazione di debolezza. Ecco, io ho amato molto la gente che, al buio della sala cinema-*



Tornatore

*tografica, seguendo certe storie e attraverso gli elementi di identificazione con i personaggi e le storie, sanno lasciarsi andare apertamente, davanti a tutti, a delle emozioni vere ed autentiche. Mi sembrano persone molto forti, queste”.*

Tornatore ci viene in soccorso e ci ricorda che dobbiamo sempre prendere le distanze da quei terapeuti algidi, distanti ed anaffettivi, che non *sanno lasciarsi andare all'emozione* e che pianificano freddamente i loro interventi dall'alto della loro “spiccata” professionalità.

Dopo avervi ringraziato per l'attenzione rivoltami, nel congedarmi, vorrei raccontarvi la trama di un film, forse sconosciuto al grande pubblico, al quale sono molto legato e che mi sembra completi alla perfezione, le riflessioni dei Maestri del cinema fin qui prese a prestito:

*Brownian movement* è un film diretto, nel 2010, da Nanouk Leopold e narra di Charlotte, una giovane dottoressa che si prende amorevolmente cura dei pazienti anziani che le sono stati affidati. Lei ha affittato però un piccolo appartamento dove li invita per far l'amore con loro. Il marito della dottoressa scopre un giorno le sue scappatelle e quando le chiede i motivi dei suoi tradimenti, lei risponde con un laconico ed enigmatico “*penso che non dovrei dirlo, non dovrei dirlo a nessuno*”. Il titolo del film è di per sé esplicativo. Come ricordate, i movimenti browniani sono stati studiati nel 1828 dal botanico scozzese Robert Brown che scoprì che le particelle sospese in un fluido si muovono *in maniera irregolare e disordinata in direzioni non prevedibili*. Il film non appartiene, naturalmente, né al genere porno, né a quell'erotico, anche perché i pazienti che la dottoressa porta a letto sono vecchi, brutti, pelosi e mostrano dei corpi chiaramente in disfacimento. L'atmosfera nella quale avvengono gli incontri amorosi è, infatti, sospesa e la regia, mostra in maniera casta e pudica, le effusioni che si scambiano i protagonisti della vicenda. Il riferimento a questo film è duplice. Non solo è fortemente indicativo della complessità dell'animo umano, ma ci ricorda che ogni qual volta proviamo a comprendere le ragioni dei movimenti emotivi dei pazienti, dobbiamo fare un bagno di umiltà e prendere atto che, l'inconscio, agisce *in maniera irregolare e disordinata in direzioni non prevedibili* e secondo principi inconoscibili, sia per noi che per gli stessi pazienti.

Per omaggiare il collega Mario Sesti ho pensato di riportarvi un illuminante brano tratto dal suo libro *In quel film c'è un segreto* (2006):

*“Uno dei film più belli mai realizzati è quello di cui una volta ha raccontato Ingmar Bergman, un suo soggetto che non divenne mai un film. La demolizione di una casa porta al ritrovamento accidentale di decine di bobine cinematografiche. Un noto regista ne entra casualmente in possesso. Si tratta di una gran quantità di pellicola dimenticata, o forse nascosta. Quando ne vede il contenuto in proiezione il regista si rende conto che si tratta di un vecchio film muto. Ma è impossibile ricostruire l'ordine esatto dei rulli. Forse si tratta di materiale ancora non montato, forse è andato perduto qualcosa di decisivo. Il regista lo rimette comunque insieme, cerca di montarlo, di ricostruire l'intero film. Va per tentativi, segue varie possibilità di intreccio, intuisce oscuramente cosa il film racconti, ma non riesce mai a ricostruire perfettamente il senso della storia. Prova e riprova, senza venirne a capo. Comincia a diventare una ossessione. Arriva a coinvolgere addirittura un produttore, convincendolo ad investire dei soldi, per ricavarne un film vero e proprio da distribuire nei cinema. Affiancato da tecnici e collaboratori, prova varie possibilità di montaggio, ma qualcosa rimane sempre fuori. Perché in quel primo piano quella donna ha lo sguardo così turbato? Cosa guarda? E chi è quell'uomo che non compare in nessuna altra scena? Cosa*

*sta scrivendo su quel foglio? Pian piano, l'intera operazione finisce per investire il suo equilibrio in profondità, lo smacco lo rende furioso e prostrato. Continua da solo, con un accanimento inspiegabile. E, inavvertitamente, una sera, mentre ci sta lavorando ancora, disperatamente, la pellicola prende fuoco. Distruggendosi. Per sempre”.*

A ben pensarci, il regista del film di Bergman (mai venuto alla luce), che cerca disperatamente di mettere insieme i frammenti del film muto, di ristabilirne l'ordine ed il senso della storia, non assomiglia a noi terapeuti?

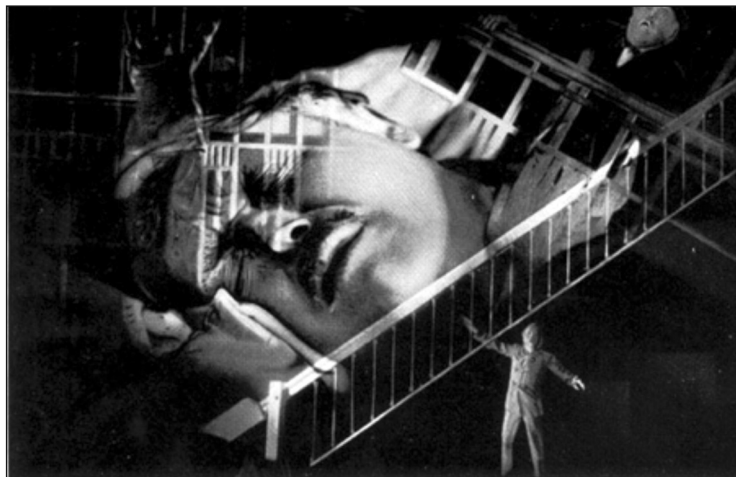
## CINEMA E PSICHIATRIA: UNA RELAZIONE OPPORTUNISTICA

*Lorenzo Tarsitani\**

La potenza del cinema e dell'audiovisivo come mezzi di comunicazione rende particolarmente interessanti le relazioni reciproche tra cinema e psichiatria. Psichiatri, psicoterapeuti e persone affette da disturbi mentali vengono spesso rappresentati al cinema con stereotipi che, ragionevolmente, influenzano l'atteggiamento e le aspettative delle persone nella realtà. Gli psichiatri per contro, da sempre interessati al cinema per il suo particolare impatto emotivo sullo spettatore, usano le pellicole in ambito terapeutico, riabilitativo e nella didattica. Pertanto, il cinema si avvale di accattivanti pazienti e terapeuti, che in cambio, usano i film come strumenti di cura e formazione in una sorta di sfruttamento reciproco. E il cinema non inventa nulla, ma amplifica considerevolmente messaggi, rappresentazioni, atteggiamenti e opinioni che già esistono nell'immaginario.

L'industria cinematografica ha dimostrato da sempre un notevole interesse nei confronti della psichiatria ed in particolare della psicoanalisi, sua coetanea. L'anno della dimostrazione pubblica dei film da parte dei fratelli Lumière, di Edison e di altri, è il 1895, lo stesso della pubblicazione di *Progetto di una psicologia* di Sigmund Freud. Tuttavia Freud si dimostrò poco interessato a tale nuovo veicolo di comunicazione, rifiutandosi di collaborare con il regista

Georg Wilhelm Pabst per un film sulla psicoanalisi. Nel 1926 fu Hans Sachs ad offrire una consulenza, non autorizzata da Freud, a Pabst. Il risultato di tale collaborazione fu *I misteri di un'anima* (Fig. 3.1), il primo film che rappresenta sul grande schermo la teoria psicoanalitica.



**Fig. 3.1.** *I misteri di un'anima*, 1926.

\* Dipartimento di Neurologia e Psichiatria. Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma.

Negli anni successivi, con la tendenza ad una crescita costante che raggiunge un picco di presenze di psichiatri e psicoanalisti negli anni Quaranta (Tarsitani L, Pancheri P, 2004), la figura dello psichiatra diviene sempre più presente e diffusa al cinema. Questo fenomeno potrebbe rappresentare il fascino crescente di Hollywood per l'*establishment* psicoanalitico che, proprio in quegli anni, rese gli psichiatri personaggi autorevoli che spiegavano le ideologie americane o, d'altro canto, malvagi ciarlatani con accento europeo che le confermavano, mostrando agli spettatori alternative inaccettabili.

La predilezione del cinema per gli psichiatri è legata inoltre, secondo Glen e Krin Gabbard, alle risorse che tali figure offrono in termini di gestione e manipolazione della trama: la funzione dello psichiatra potrebbe essere accomunata a quella della *ficelle* (il termine indica la fune con la quale vengono mossi e controllati i burattini) utilizzata nei romanzi per meglio definire i personaggi importanti attraverso l'uso di figure scialbe e poco caratterizzate, più volte descritta da Henry James come ci ricordano i Gabbard. La presenza di un personaggio come lo psichiatra, può facilmente permettere il ricorso a confessioni inaspettate, rivelazioni imprevedibili, e può far comprendere la tendenza, da parte dei protagonisti, a comportarsi in base a motivazioni seppellite in un passato problematico o in una mente disturbata.

In virtù delle loro peculiari caratteristiche, le figure degli psichiatri e degli altri professionisti della salute mentale, hanno nel tempo fatto le loro apparizioni in film dei generi più disparati, all'interno dei quali sembrano svolgere differenti ruoli. È frequente trovare molti psichiatri nei film thriller, horror, grotteschi, fantastici e pornografici.

Così, se da una parte lo psichiatra della commedia romantica (Harvey, 1950) o del musical (Girandola, 1938) può fungere da veicolo di una ideologia tanto più efficace quanto più addolcita dal tono leggero del film, quello del film poliziesco si comporta come un investigatore (*Lo specchio scuro*, 1946, *Psycho*, 1960) che, al limite, utilizza la psicoanalisi per coadiuvare le indagini, in base alla similitudine metodologica del raccogliere indizi e formulare ipotesi (*La fiera delle illusioni*, 1947). In alcuni casi, lo stesso psichiatra può fungere da figura di ostacolo del lavoro investigativo (*La mia legge*, 1953). Lo psichiatra del film horror o fantastico tende, invece, ad essere un personaggio malvagio che utilizza poteri ipnotici o strumenti terapeutici per manipolare e danneggiare le menti o, scontrandosi con il soprannaturale, a rappresentare un baluardo della razionalità che spiega con riflessioni materialistiche gli eventi soprannaturali, fantastici o demoniaci, sbagliando (*L'esorcista*, 1973), e venendo conseguentemente ucciso da Belzebù (*L'esorcista III*, 1990), o fulminato (con un apparecchio pediatrico per l'elettroshock) da una bambola posseduta (*La bambola assassina*, 1988). Nella migliore delle ipotesi, alla visione razionalista, materialista e umanista offerta dallo psichiatra, viene contrapposta quella "corretta" di stampo irrazionale e soprannaturale (*L'esorcista II: l'eretico*, 1977).

La rappresentazione dello psichiatra nel cinema si è quindi spesso caratterizzata per il frequente uso di stereotipi, o di miti, utilizzati per descriverla. Secondo Kirk (1980), il mito, inteso come una mediazione tra opposti di una realtà apparentemente inconciliabile, "dà un'apparente via di uscita dal problema, o semplicemente oscurandolo, o facendolo apparire astratto o irreali". Alla stregua degli altri, i miti del cinema (in particolar modo di quello americano) permettono di convivere con elementi contraddittori, di salvare le nostre illusioni, rico-



noscendo nello stesso tempo i nostri limiti. Il mito dello psichiatra nel cinema si ammantava di una serie di caratteristiche che possono essere “buone” (e saranno possedute dagli psichiatri buoni) o “cattive” (appannaggio dello psichiatra cattivo).

Una delle caratteristiche più importanti sembra essere, secondo i fratelli Gabbard, quella della “mancanza del volto”. Lo psichiatra senza volto (*Le schiave della città*, 1944, *Sesso, bugie e videotape*, 1988) aiuta a svolgere l'intera trama del film. Tale personaggio, caratterizzato da una estrema piattezza, può, se buono, curare con la sola presenza o, se appartenente alla schiera degli psichiatri cattivi, risultare assolutamente inefficace nella terapia.

D'altra parte, se uno psichiatra buono, in virtù della sua preparazione e della sua sicurezza, può apparire come un oracolo e realizzare guarigioni repentine e complete (*La donna dai tre volti*, 1957, Fig. 3.2), la sua controparte cattiva apparirà arrogante e spesso in errore. Lo psi-

chiatra buono, inoltre, attraverso la sua funzione di “braccio della società”, rappresentante dell'ideologia dominante, aiuterà gli individui confusi a vivere più felicemente (*Le schiave della città*, 1944), così come lo psichiatra cattivo, in accordo con la sua funzione sociale, si comporterà in maniera repressiva e castrante



Fig. 3.2. L'oracolare dott. Luther e la paziente Eva White  
ne *La donna dai tre volti*, 1957.

(*Qualcuno volò sul nido del cuculo*, 1975). L'eccentricità, caratteristica estremamente diffusa tra gli psichiatri di celluloidi, come elemento costitutivo di uno psichiatra “buono”, ne esalta l'umanità e la sensibilità (*Gente comune*, 1980). La stessa caratteristica, se presente in uno psichiatra “cattivo”, rende quest'ultimo ridicolo e strano agli occhi dello spettatore (*Susanna*, 1938, *La fossa dei serpenti*, 1948).

Infine, l'abbandono di una neutralità emotiva nei confronti del paziente può assumere un ruolo strumentale nella guarigione attraverso l'amore operata dallo psichiatra buono (incoraggiata anche a costo di una palese “demedicalizzazione” del personaggio come in *Io ti salverò*, 1945), o nel definire un personaggio disturbato (*Vestito per uccidere*, 1980, Fig. 3.3), o lascivo e grossolano (*Ciao Pussycat*, 1965).

Gli stereotipi che caratterizzano la figura dello psichiatra, organizzati in tre sostanziali figure, secondo Irving Schneider hanno una distribuzione ben precisa all'interno



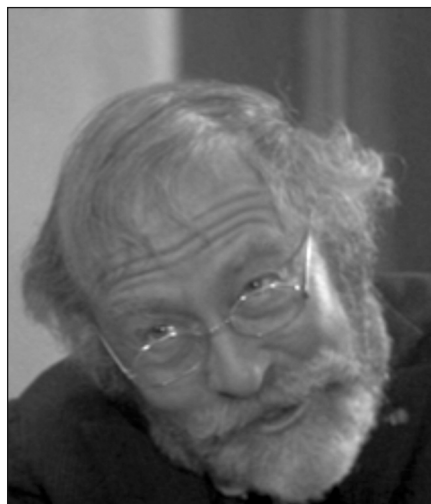
**Fig. 3.3.** Lo psichiatra newyorkese Dott. Elliott (Michael Caine) in *Vestito per uccidere*, 1980.

del numero di tutti gli psichiatri cinematografici. Così, il comico e bizzarro “Dr. Dippy” (*Dr. Dippy’s Sanitarium*, 1906, *Girandola*, 1938, *Alta tensione*, 1977, Fig. 3.4, *Serial*, 1980), descritto come sciocco, paradossale, incompetente, ma innocuo, rappresenta il 15% dei colleghi e comprende figure inserite in ruoli positivi (*Will Hunting* – *Genio Ribelle*, 1997) o negativi (*Susanna*, 1938, *La fossa dei serpenti*, 1948), caratterizzati da comportamento eccentrico, bizzarro, o disordinato. Il “Dr. Wonderful” (*I Yam Lovesick*, 1938, *Gente comune*, 1980), sensibile, comprensivo, indulgente, umano, capace di dare buoni consigli e operare guarigioni catartiche, sembra definire circa il 60% degli psichiatri cinematografici. Un altro 15% dei professionisti della salute mentale sullo schermo appartarrebbe al modello del sadico e crudele “Dr. Evil” (*Il gabinetto del Dr. Caligari*, 1919, *La fiera delle il-*

*lusioni*, 1947, *Frances*, 1982), punitivo, vendicativo, assassino, e spesso più disturbato dei suoi pazienti/vittime.

I tre stereotipi di Schneider vengono rielaborati da Ronald Pies e descritti da questi come figure archetipiche. Così, il “Vampiro” sarebbe l’archetipo alla base del Dr. Evil, perfettamente rappresentato dal dottor Hannibal Lecter de *Il silenzio degli innocenti* (1991), mentre il “Re Pescatore” (descritto nei miti medievali e rielaborato da Wagner nel Parsifal), figura dotata di autorità ma al contempo malata (stupido o impotente, a seconda della tradizione), sembra corrispondere al Dr. Dippy di Schneider. Lo “Zaddick”, infine, elemento della tradizione mistica ebraica, rappresenta una figura di mediazione tra i cieli e la terra, capace di aiutare l’uomo comune a raggiungere Dio, ed ha il suo corrispettivo cinematografico nel “Dr. Wonderful” (esemplare è il dottor Berger di *Gente comune*, 1980).

Le presenze femminili nella psichiatria di celluloide, dagli anni Venti alla fine del millennio, hanno mostrato un costante incremento fino ad arrivare a circa un terzo delle apparizioni negli anni Novanta. Osservando tuttavia questi personaggi, ci si rende conto che anche



**Fig. 3.4.** Il Professor Richard H. Thorndyke (Mel Brooks) in *Alta tensione*, 1977.

in questo caso è possibile rintracciare una serie di stereotipi, molti dei quali specifici per gli psichiatri di genere femminile. La maggior parte degli psichiatri donna, appartiene soprattutto alla schiera dei “Dr. Wonderful”, e sembrano essere incapaci di costruire una relazione stabile con gli uomini: sono esse dunque divorziate, vedove, single, oppure sposate con un loro ex-paziente (*Tre sul divano*, 1966); l'unica eccezione, la psicoterapeuta de *Il principe delle maree* (1991), sta per essere lasciata dal marito. In ogni caso, la psichiatra nei film cede al fascino del paziente uomo (*Io ti salverò*, 1945, *Una splendida canaglia*, 1966, *L'esercito delle dodici scimmie*, 1995, *Harry a pezzi*, 1997) e lo cura (quando ci riesce) con l'amore; lo psichiatra donna, estensione del modo in cui spesso il cinema, soprattutto quello di Hollywood, ritrae le donne in generale, aumenta dunque la tensione narrativa con la sua bellezza e non con le abilità terapeutiche. A questo proposito, l'analisi di decine di film estratti dalla filmografia americana di maggiore diffusione globale, in base alla presenza di un professionista della salute mentale citato nella trama ha evidenziato come le psichiatre donne siano tendenzialmente più giovani e più gradevoli fisicamente degli psichiatri uomini. Le donne, inoltre violano il *setting* più frequentemente degli uomini, con una frequenza di violazioni di tipo sessuale del triplo rispetto ai colleghi uomini (*Il principe delle maree*, 1991, Fig. 3.5). In tutti e due i generi è interessante che meno di un terzo degli psichiatri vengono rappresentati in modo realistico. Lo scenario complessivo della psichiatria e della psicoterapia hollywoodiane è quindi desolante, se paragonato alla realtà, soprattutto per le donne. Questo potrebbe probabilmente incidere sulle aspettative sociali nei confronti della psichiatria.

Il cinema rappresenta spesso anche i pazienti degli psichiatri e, più in generale è frequente il ricorso a personaggi affetti da disturbi mentali, al di là della presenza di figure terapeutiche. Ed anche la rappresentazione dei disturbi mentali è spesso guidata da stereotipi. Se la comunicazione e l'educazione alla conoscenza delle caratteristiche dei disturbi mentali sono temi di estrema attualità e importanza a livello globale per la lotta allo stigma, il cinema spesso non aiuta. I personaggi dei film affetti da disturbi mentali sono in realtà più “sani” della gente comune. Inoltre, il disturbo mentale deve spesso avere un chiaro significato ed una causa evidente, spesso un evento traumatico nell'infanzia (*Shine*, 1996, Fig. 3.6). In questi casi, i disturbi psichiatrici sono spesso causati attivamente e consapevolmente da genitori cattivi e la cura si compie nel momento in cui il paziente-figlio riesce ad incolpare e a dimenticare questi (*Prigioniero della paura*,



1957). È frequente inoltre notare segni o sintomi psicopatologici caricaturali o comunque lontani dalla realtà.

Alcune pellicole offrono, tuttavia descrizioni dei disturbi mentali complesse e realistiche, al punto da poter essere utilizzate efficacemente come casi clinici nella didattica psichiatrica (Tarsitani L, Tarolla E, Pancheri P., 2006). Per quanto riguarda le psicosi, alcuni film si dimostrano capaci di dipingere personaggi

credibili, anche se espressi con il linguaggio cinematografico (*La fossa dei serpenti*, 1948, *I never promised you a rose garden*, 1977, *A beautiful mind*, 2001, *Spider*, 2002, Fig. 3.7). In alcuni film, i disturbi dell'umore vengono presentati in maniera convincente, per quanto riguarda sia la mania (*Capitan Newman*, 1963, *Mr. Jones*, 1993), sia la depressione (*Il settimo velo*, 1945, *La figlia di Caino*, 1955); mentre invece la filmografia relativa ai disturbi da abuso o da dipendenza da sostanze prevede un ricorso massiccio agli stereotipi, tanto da permettere, secondo alcuni autori, il riconoscimento di alcune figure caratteristiche come l'“eroe tragico”,

da sempre in lotta con il desiderio di assunzione di alcol o di stupefacenti (*Via da Las Vegas*, 1995, *Requiem for a dream*, 2000), lo “spirito libero ribelle”, che rifiuta norme di una repressiva società conformista e che fa un uso più “ricreativo” delle sostanze (*Harvey*, 1950, *Paura e delirio a Las Vegas*,

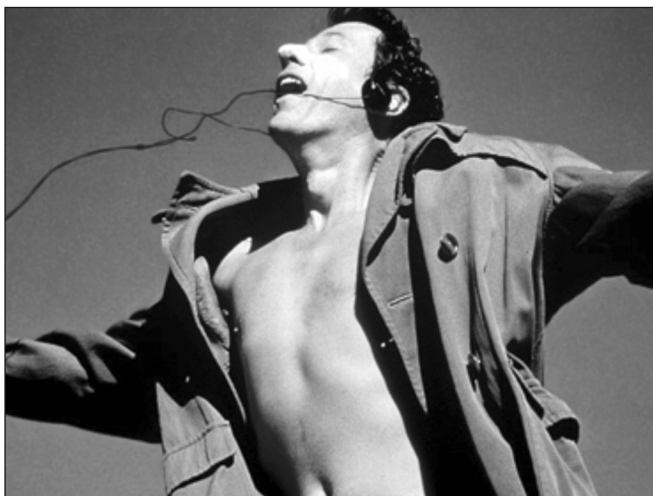


Fig. 3.6. David Helfgott in *Shine*, 1996.



Fig. 3.7. Dennis “Spider” Cleg (Ralph Fiennes) in *Spider*, 2002 di David Cronenberg.

1997, Fig. 3.8); il “dipendente demonizzato/maniaco omicida”, solitamente di genere maschile, in cui l’uso di sostanze, unito ad una sociopatia e/o ad un discontrollo degli impulsi, porta a comportamenti distruttivi e violenti (*Il cattivo tenente*, 1992); l’“utilizzatore umoristico/da commedia”, che spesso fa uso di stupefacenti o alcol in dosi massicce senza patire conseguenze negative (*Arturo*, 1981).

La relazione tra cinema e psichiatria è comunque bidirezionale. I film vengono utilizzati nella didattica psichiatrica, in particolare per l’acquisizione di capacità semeiotiche e diagnostiche differenziali. La presentazione di casi clinici di qualità è cruciale per il raggiungimento degli obiettivi didattici in psichiatria. I casi tratti da film di alto livello, possono rivelarsi molto utili perché descrivono disturbi mentali in modo realistico e soprattutto attraente (Tarsitani L., Brugnoli R., Pancheri P., 2004).



**Fig. 3.8.** Johnny Depp e Benicio Del Toro in *Paura e deliro a Las Vegas*, 1997.

trame. Ragionevolmente gli stereotipi cinematografici influenzano in modo cruciale quelli della vita reale, con cui coincidono e si fondono. Il cinema è una forma di intrattenimento libera da condizionamenti o compiti educativi. Tuttavia, è importante che gli psichiatri siano consapevoli di come la loro professione e i loro pazienti siano rappresentati nel cinema, poiché attraverso i film pazienti e le loro famiglie costruiscono l’immagine della psichiatria.

Un altro ambito in cui la psichiatria utilizza il mezzo cinematografico è nei contesti di cura e di riabilitazione, come spiegato in altri capitoli di questo volume. Concludendo, il cinema rappresenta un potentissimo mezzo comunicativo e psichiatri e pazienti compaiono numerosi, da sempre, nelle



# IL CINEMA COME TEST PROIETTIVO E TERAPIA

## IL FANTASMA FAMILIARE

*Leonardo Spanò\*, Cristiano Carlone\*, Rossella Pannese\*,  
Anna Carlotta Rusconi\*, Maria Antonietta Coccanari de' Fornari\**

*"Pensai [...] a un'opera platonica, ereditaria,  
da trasmettersi di padre in figlio,  
e alla quale ogni nuovo individuo  
avrebbe aggiunto un capitolo,  
e magari corretto, con zelo pietoso,  
le pagine dei padri"*

J.L. Borges, Il giardino dei sentieri che si biforcano (2003)

Nell'ambito dell'attenzione che alla Sapienza abbiamo sempre rivolto al classico dialogo Cinema-Psichiatria, sono stati studiati molti film secondo la psichiatria e la psicoanalisi applicate. Ad un aspetto culturale, poi, negli ultimi dieci anni, si è aggiunto un aspetto clinico nel Trattamento Integrato adottato con i pazienti ricoverati nel Day Hospital psichiatrico. Sono state cioè condotte esperienze di terapia attraverso la "Visione e Commento di film" e attraverso l'"Ascolto di Colonne Sonore". In questo gruppo di Ascolto della colonna sonora musicale, proponiamo ai pazienti sequenze in cui è dominante il *leit motiv*. In un gran numero dei nostri studi un accento particolare è stato posto sulla famiglia. Così come nel Gruppo "Visione e commento di film", anche se esso è stato articolato negli anni in diversi modi e sono state condotte osservazioni anche su altri aspetti cogenti, quali, solo per fare alcuni esempi, sull'identificazione rispetto alle ambizioni e all'Ideale dell'Io ricordati in un capitolo precedente, oppure sull'aumento dell'*insight* come si vedrà in un capitolo successivo. Il metodo più classico, e comunque da noi usato più frequentemente nel decennio, è il seguente: viene proposto al gruppo un breve riassunto di un film non conosciuto dai presenti, omettendo il finale. Quindi viene mostrata la parte iniziale del film della durata di circa 15 minuti. Alla fine di questa proiezione, i partecipanti immaginano come il film potrebbe andare a finire, quindi discutono liberamente sul film agganciando alla esperienza personale. Nel corso degli anni sono stati somministrati diversi Questionari in entrambi i detti 2 gruppi dedicati al Cinema (Visione, Ascolto) per valutare gli effetti dell'esperienza sulle emozioni e sull'assetto cognitivo e relazionale dei pazienti. Un lavoro molto interessante elaborato in una tesi

---

\* Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma.

di Laurea in Medicina e Chirurgia dal dr. Michele Balducci, di professione attore, ha considerato l'influenza del Cinema sull'immaginario collettivo circa le idee veicolate a proposito della eziopatogenesi della schizofrenia, e ai livelli di condizionamento dello spettatore. Lo studio su 131 film dove il disturbo mentale è protagonista concludeva, in evidente dissonanza con la letteratura scientifica, che il 70% di essi mostrava una ipotesi etiopatogenetica psicologica, il 20% sociale, il 10% biologica. Venne però analizzato in particolare il film di Pupi Avati (2008) *Il papà di Giovanna* poiché il taglio multiteorico sembrava molto interessante in quanto più realistico e abbastanza insolito nella cinematografia nazionale e internazionale. Per definizione, come vediamo nel titolo, la tematica familiare è centrale. Come si ricorderà, il film, ambientato a Bologna nel 1938, epoca fascista, descrive la distanza della bella madre rifiutante (Francesca Neri) e la dedizione estrema di un padre per la figlia Giovanna (Alba Rohrwacher), bruttina, folle e omicida. I rapporti scanditi tra i genitori, e tra i genitori e la figlia, sono ben descritti. Giovanna appare subito come un'adolescente problematica, emarginata e dileggiata dai compagni del suo liceo, lo stesso dove suo padre (Silvio Orlando, meritatissima la Coppa Volpi a Venezia) è un modesto insegnante d'Arte, sognatore dall'aspetto meschino, già compagno di studi di Giorgio Morandi cui scrive lettere senza risposta. Giovanna sviluppa un delirio amoroso per uno studente che, per essere aiutato agli esami dal professore, è gentile con sua figlia mentre amoreggia con la ricca nipote di un potente senatore, unica amica alla quale la povera Giovanna confida sussulti e progetti. Scoperto il duplice tradimento, Giovanna la uccide. Sua madre, sfiorita in una vita in cui *"siamo gli ultimi degli ultimi"*, rifiuta e nega disperata il suo ruolo, non riesce ad andare a trovare la figlia né in carcere né al manicomio giudiziario e rafforza il legame con il poliziotto vicino di casa (un credibile Ezio Greggio drammatico) incoraggiato, dopo la morte della moglie paralitica (Serena Grandi), dal professore stesso che tenace, coraggioso, pietoso, amoroso, spende tutta la sua energia, tutta la sua vita, per stare accanto, senza vergogna, solo con dolore e fiducia, alla figlia, al "mostro". È così protettivo, è accudente con così piena dedizione e tenerezza da offrire una sorta di *maternage* che compensa la distanza di una madre di cui Giovanna continua a chiedere notizie senza arrendersi. Il padre le ha insegnato sempre la forza del desiderio, *"basta volerle le cose, basta volerle con tutto te stesso, e accadono"*, da poter far dire a Giovanna *"solo papà era convinto che ce l'avremmo fatta. Lui lo sapeva"*. La malattia mentale non è affrontata secondo l'opzione contenuta nello schema triripartito della cinematografia classica (criminalizzazione-derisione-idealizzazione), ma con comprensione amara e commossa.

Toccante, tenuto ben saldo dal dominio della razionalità e dell'umorismo, è il 42° film di Pupi Avati dove, come regista e come autore, raggiunge secondo noi la sua espressione creativa più compiuta. Mescola bene ragioni storiche e temi attuali, anzi universali, e ragioni private dove tanti tipi di follia e di solitudine rappresentano con pregnanza e con profonda puntualità psicologica la tragica commedia umana. Salti temporali, indicati con didascalie, lasciano qualche lacuna narrativa non necessaria, e frenano l'opera a qualche passo dal capolavoro. Ma, come dicevamo, il film è interessante perché polisemico, per l'equilibrio, tra gli elementi biologici e psicosociali, dove i primi vengono enunciati come una piattaforma, una disposizione genetica sui quali l'eventuale innesto dei secondi pro-





duce il destino della persona, nel caso della persona schizofrenica al quale il regista guarda dunque dal grandangolo.

Mentre il Balducci non poté purtroppo ottenere una risposta alla intervista che aveva preparata per la protagonista Alba Rohrwacher poiché impegnata in quei giorni nelle riprese del film di Marco Bellocchio *Bella addormentata*, intervista in cui aveva programmato di chiedere all'attrice se avesse fatto ricerche sulla schizofrenia per rappresentare il suo personaggio, quali idee si era fatta sulla eziopatogenesi della malattia e sul ruolo dei genitori nel suo destino, noi potemmo avere da Pupi Avati interessanti informazioni sul film, di cui peraltro scriveva anche l'omonimo romanzo, e sulla sua famiglia d'origine, storia che aveva condizionato in positivo le sue scelte, una storia "di dolori e coraggio" dopo il capovolgimento del benessere a

Bologna, in particolare sulla madre adorata che, capito il valore artistico dei figli Pupi e Antonio, lasciò Bologna, e arrivò a Roma dove credeva che i due giovani avrebbero avuto più opportunità di farcela, aprendo al Babbuino quella pensione che divenne *pabulum* di cultura e di arte dove oggi si trova ancora la loro casa. Quando gli abbiamo chiesto perché per *Il papà di Giovanna* avesse scelto un finale tanto dolce quanto improbabile, Avati ha risposto "Per lasciare nello spettatore il senso grande della speranza" (Coccanari de' Fornari M.A., 2012).

Purtroppo, raramente le storie familiari dei nostri pazienti hanno un lieto fine. Molte volte anzi ci è dato di ascoltare con amarezza memorie o rivelazioni di segreti dolenti che coinvolgono non solo le figure familiari attuali ma anche gli antenati in quei racconti in cui *mythos* e storia si annodano ad interiorizzare storie sofferenti di generazione in generazione. Basti cominciare dalla nozione freudiana di "romanzo familiare".

Contiamo per esempio di proporre al più presto ai nostri pazienti l'ultimo film di Pupi Avati, *Un ragazzo d'oro* dove la storia psicopatologica trova nelle complesse ragioni transgenerazionali una finezza d'indagine.

Val la pena di ricordare come da tempo l'argomento ha acquistato un grande interesse in tema di terapia del paziente psichiatrico. Senza contare gli studi inaugurali della Fromm-Reichmann sul ruolo della madre nella genesi della psicopatologia, e tutta una letteratura successiva che amplia il discorso dalla diade madre-figlio alla considerazione del padre, delle altre figure significative, dei nonni e di quanto si conosce delle generazioni precedenti, è con la pubblicazione, nel 1987, de *L'écorce e le noyau* di Nicolas Abraham e Maria Torok, che la questione del transgenerazionale si colloca tra i dibattiti più interes-

santi della psicoterapia psicodinamica. I due autori coniano il concetto di “cripta” come rielaborazione del concetto di “introiezione”, introdotto precedentemente da Ferenczi, precisando la distinzione tra questo processo e quello di “incorporazione”. È come dire che l'Altro morto può abitare come vivo dentro l'Io. Non va peraltro nemmeno dimenticata la lezione degli anni '40 del Novecento di Szondi, il genetista ungherese la cui *Analisi del destino* è una sintesi tra Genetica e Psicoanalisi, dove le disposizioni, positive e negative, assumono il ruolo di “radicale biologico” alla base della vita inconscia dell'individuo, o meglio il suo “inconscio familiare”, da cui deriverebbero scelte e rinunce di tipo affettivo e professionale (*gr.* anche i lavori di Corsa e Gabbriellini, 2012).

Abbiamo notato che nelle storie dei pazienti, le loro narrazioni, le loro autobiografie, emerge con singolare costanza e chiara forza la dimensione del transgenerazionale, come un organizzatore psichico silenziosamente sempre sotteso. Come un fattore inaggrabile che si manifesta quando le psicoterapie, individuali o di gruppo, fin dalle prime battute, iniziano a popolarsi di numerosi personaggi chiamati a raccolta dal paziente stesso, identificandolo tout court quale *soggetto dell'eredità* o *soggetto del gruppo* per citare due famose definizioni di René Kaes. Una consegna transgenerazionale (Napolitano, 1999) oltre che intergenerazionale (Granone, 1990) come vertice ermeneutico che occorre quindi adottare per dare voce ai numerosi abitanti del Sé (de Mijolla). Parliamo di vissuti che non possono essere pensati né tantomeno detti, e che falliscono un'iscrizione in una catena di senso, nei quali domina il non rappresentabile, l'impensabile, l'indicibile: l'albero della discendenza (Cigoli, 2006). Disporsi a trattare scientificamente di un aspetto così inafferrabile implica naturalmente molte precauzioni metodologiche in un sentiero obliquo orientato secondo un paradigma indiziario che possa conciliare il rigore dell'analisi con l'insoddisfazione per le gabbie d'acciaio ermeneutiche. E d'altra parte, la percezione del transgenerazionale – la parentela fantasmatica (Eiguer, 1987) – si mostra come qualche cosa dotata di spessore e consistenza.

È proprio questo genere di considerazioni che ci ha spinto a indirizzare prevalentemente negli ultimi tempi le nostre ricerche su questo aspetto dell'*Incontro*, con alcuni tentativi di oggettivazione. Teniamo sullo sfondo in particolare, oltre il lavoro di Nicolas Abraham e Maria Torok, alcuni giganti del sapere psicologico, come Bion, Racamier, Resnik. E i lavori di Haydee Faimberg e di René Kaes, di Alain de Mijolla e Anne Anceline Schutzenberger, che in maniera originale ma diversa se ne sono occupati. Abbiamo cercato di capire se e quanto la narrazione e l'ascolto delle vicende transgenerazionali possano influenzare positivamente l'esito di un percorso. Atteggiamento usato negli incontri duali, nei gruppi, e nello specifico nel gruppo cinema, in particolare per quei film che, come vedremo, evocano queste tematiche in maniera vibrata. D'altra parte è nella esperienza clinica comune che si palpa come rompendo quelle catene che asservono il presente del soggetto al passato è possibile, rispondendo a quanto Goethe invita a fare nel Faust, riconquistare ciò che è stato ereditato dai nostri antenati e affermarsi come Soggetto della propria “gruppalità interna”, avendone ricomposto la storia attraverso le informazioni ritrovate: così da possedere la propria esistenza, trovando senso e realizzazione. La questione può anche essere posta secondo una matrice psicoanalitica e una definizione di *costrutto patologico*. Parliamo di quella *identificazione segreta* con sequenze

di fantasie non coscienti che passano di generazione in generazione. Realtà psichica in forme e luoghi che travalicano quella individuale per dare forma a quella realtà che Kaes (2010) definisce “trama polifonica del soggetto nella intersoggettività”, nella quale il posto del soggetto appare vincolato e segnato dalla nascita (ma molti autori tendono a anticipare a stati prenatali tale fenomeno) da *alleanze inconscie*. Questo “ancoraggio intersoggettivo della soggettività” può configurarsi come una condanna a identificarsi con parti scisse, appartenenti ad un parente, non rappresentabili mentalmente, ma incistate come tracce non passibili di poter essere richiamate alla memoria. Tale spostamento (o allargamento) del campo di interesse da una dimensione essenzialmente intrapsichica, o strettamente intersoggettiva trasversale, ha probabilmente un’origine empirica: nella pratica psicoterapeutica accade spesso di venire in contatto con contenuti *ego-alieni* (Winnicott, 1993), che attanagliano il paziente in tentativi di elaborazione ripetitivi quanto inefficaci. Questi tentativi non possono avere esito positivo, se non attraverso una opportuna indagine nella storia familiare del paziente in quanto, appunto, non appartengono alla sua storia e al suo significato individuale, ma a quello di un membro della famiglia di una generazione precedente. Il tema chiave sembra quindi essere rintracciabile nel situare l’individuo come anello di una catena familiare, che talvolta si trova a dover fare i conti non solo con contenuti e processi psichici che appartengono alla sua storia personale, ma anche con traumi o segreti che appartengono alle generazioni passate. Una evidenza è rintracciabile ad esempio anche nel nostro Gruppo Giochi del Blason ispirato e rivisitato dal Blason sistemico (Rey, 2005), dove il primo quarto veniva dedicato al disegno del ricordo e della fantasia transgenerazionale. Abraham e Torok quando introducono il concetto di cripta e di *fantasma*, scrivono “*Il fantasma è il lavoro dell’inconscio del segreto inconfessabile di un altro (incesto, crimine, nascita illegittima etc. )*”. Aggiungono più avanti “*Il fantasma è una formazione dell’inconscio che ha la particolarità di non essere mai stata cosciente [...] e di risultare dal passaggio – la cui modalità deve ancora essere determinata – dall’inconscio di un genitore all’inconscio del figlio*”. Questo guardare dal grandangolo i legami familiari presenti e passati ci ricorda come il termine *legame* porti con sé una dimensione di contenuto, cioè il tema attorno al quale il legame viene mantenuto; ed una di processo, ossia la modalità attraverso la quale il contenuto viene veicolato. Impianto fisiologico e impianto patogeno nelle diverse storie, a volte conviventi in una stessa storia, e a volte anche produttore di creatività quando la realizzazione consapevole e/o inconsapevole di un compito interrotto degli antenati va a rappresentare una delle possibili espressioni del senso della vita, come ci ricorda Jung. Se il fantasma ha una connotazione negativa, invece, esso ossessiona il soggetto, e pur localizzabile nel suo inconscio, riguarda l’inconscio di un Altro e pertanto non è l’oggetto di una rimozione del soggetto stesso. Il fantasma è piuttosto l’effetto trasmesso nel soggetto di una lacuna nell’inconscio parentale. Si tratta pur sempre di un segreto, come nel caso della cripta, ma la tomba che dà luogo al ritorno del fantasma ospita il fantasma di un Altro. Viene ad essere modificato un lavoro clinico dove il terapeuta rimane aperto all’idea di un inconscio abitato da fantasmi altrui. Si assume che c’è una vita rimossa che appartiene all’autobiografia di un soggetto, ma una vita occulta appartenente all’Altro, dal soggetto cancellata e negata. La sensazione è quella di trovarsi a confronto con una *psiche estesa*, qualche cosa che non risulta identificabile

con il funzionamento psichico individuale. Il rapporto che lega la memoria individuale a quella collettiva è una questione davvero complessa: storici, antropologi, psicoanalisti e anche i genetisti con la loro recente curiosità per lo studio delle Nevrosi, l'affrontano da diverse angolazioni.

*“Ciò che permane non è il ricordo, ma le tracce”*, scrive Pontalis (1993). Il paziente non giunge mai da solo lo accompagna una processione invisibile di personaggi: i suoi antenati.

Da queste premesse siamo rimasti sempre in ascolto di questa parte della storia dei nostri pazienti, e abbiamo cercato di capire se è possibile un miglior *outcome* psicoterapico quando essa non viene trascurata, quando essa si manifesta come *focus*. Naturalmente si tratta di osservazioni preliminari che richiederanno numerose verifiche. Ad esempio, in un nostro studio su pazienti in Psicoterapia Breve nella quale veniva adottato il modello integrato tra elementi psicodinamici e cognitivisti, dove è stato somministrato in via preliminare il test PBI (*Parental Bonding Instrument*) come “bussola tecnica” per considerare poi nei colloqui con accuratezza tutti gli aspetti familiari compresi i transgenerazionali, abbiamo cercato di osservare tramite l'applicazione del test ASQ (*Attachment Style Questionnaire*) prima e dopo il percorso, se si potesse rilevare un miglioramento dello stile di attaccamento del paziente, che appariva preliminarmente in prevalenza di tipo evitante. A fronte, figure materne vissute come molto controllanti e intrusive, e allo stesso tempo carenti nell'area della cura, e concentrate su se stesse, distanti, anaffettive, fredde (la “madre morta” per dirla con Green, 1996), incapaci di trasmettere un femminile positivo, si rintracciava poi nel setting il racconto e quindi la possibilità di elaborazione, di simili caratteristiche conosciute nella propria storia di generazione in generazione. Anche l'accudimento paterno emergeva come insoddisfacente, con simili approfondimenti anamnestici familiari. Al termine del percorso terapeutico, si apprezzavano miglioramenti clinici e miglioramenti significativi in tre scale del test dell'attaccamento ASQ: scale della fiducia in sé stessi, del disagio per l'intimità, delle relazioni secondarie che contempla la modalità con cui la persona cerca di proteggersi rispetto alle ferite e alla vulnerabilità enfatizzando l'indipendenza. Come dire che può comportare un arricchimento alla possibilità di una generale ristrutturazione del Sé, un'attenzione alla possibilità di dar voce a quegli oggetti psichici mai trattati attraverso la parola, “oggetti bruti” come li chiama Granjon, che portano alla ripetizione di loro medesimi, e ad una rimessa in scena inconsapevole, proprio perché non è stata possibile una loro assunzione, una memoria, un processo di mentalizzazione, una trasformazione in quelle parole che diventano veri e propri oggetti transazionali che aiutino il paziente a transitare da un'area mentale confusa, marcata dalla solitudine, ad una dove capire e condividere. Il passo ulteriore è riconnettere le emozioni a quei vissuti e sviluppare nuove modalità di vivere la propria esistenza, attraverso la costruzione di nuovi significati. Il segreto (il Tempo) introduce tracce di luce sulle zone d'ombra della nostra identità, e con quel coraggio tante volte richiamato dalla dottrina adleriana e dalla fenomenologia (Callieri) ci si potrà svincolare dalla collocazione prestabilita nella trama familiare d'origine, dalla coazione a rimettere in scena, in teatri diversi, il copione pre-scritto, sperimentando la propria apertura al mondo, alla propria Storia, al Vero Sé. Come in archeologia. A partire da residui, scarti, resti. Attraverso la loro risignificazione.

Intesi ora i nostri Gruppi come luoghi di Risonanza, Rispecchiamento, liberazione dalle angosce, circolazione di energie, promozione di resilienza, è intuitivo come possa essere importante tenere in conto anche nella loro gestione, tra le variabili, l'intersoggettivo in tutte le sue declinazioni, a partire dal familiare incluso il transgenerazionale. Non dimentichiamo poi che tutto il Novecento ha visto affermare l'assunto di Uomo "animale sociale", che ha favorito sia gli approcci familiari sia lo sviluppo delle Terapie di Gruppo a partire dallo Psicodramma che all'inizio del Novecento nasceva a Vienna con Moreno negli stessi anni in cui si diffondeva la Psicoanalisi di Freud.

Nelle discussioni dei Gruppi emerge costantemente il fantasma familiare, prossimo o remoto, molto frequentemente riattivato dalla Visione e Ascolto musica di Film che, oltre che al discorso sul mondo interno, sulla identificazione e sull'indicazione di ideali e ambizioni, rimanda ineludibilmente anche al tema delle relazioni reali, *in primis* nella famiglia che contribuisce al destino del paziente, nel senso di un miglioramento, di una stagnazione o di un peggioramento del disturbo. Si ricostruisce con una certa chiarezza in queste discussioni collettive anche il problema del carico familiare, e si può distinguere un carico oggettivo relativo a perdite economiche, per deficit lavorativi del paziente e dei congiunti, danni alla salute psicofisica dei membri con aumento dell'uso di alcool e di psicofarmaci, deterioramento delle relazioni familiari con divorzi e riduzione della rete sociale; e un conseguente carico soggettivo, di natura emotiva, che include sentimenti vari quali ansia, tensione, colpa, rabbia, vergogna, paura, confusione, amarezza, ambivalenza e biasimo reciproco, polarizzazione di pensieri e discorsi sulla malattia, o la negazione del problema.

Peraltro, quando nel gruppo emergono in maniera più vistosa le problematiche familiari, questo è occasione per approfondirle nei colloqui individuali, e di convocare i membri della famiglia per colloqui in cui essi possano essere informati sugli obiettivi del trattamento riabilitativo, aiutati a migliorare la comunicazione, coinvolti nel riconoscimento delle risorse del paziente; e possano essere supportati emotivamente, incoraggiati a mantenere o riprendere aspirazioni e interessi personali da potenziare proprio per favorire una maggiore autonomia del paziente. Possono essere aiutati a stabilire limiti dei comportamenti minacciosi, ricattatori, violenti del paziente, per non ingenerare una escalation di richieste, concessioni, rabbia, movimenti espulsivi, infine aggravamento. Gli si può suggerire di gratificare i comportamenti socialmente competenti che il paziente acquisisce nei percorsi riabilitativi. Ed eventualmente possono essere inviati a forme strutturate di vera e propria terapia sistemico relazionale oppure psicoeducazionale. Più in particolare non è da trascurare il problema dei fratelli, molto bene sottolineato da vari Autori, in particolare Adler, Schutzenberger, perché spesso essi si sentono esclusi dalle informazioni fornite agli altri familiari; sono gelosi per le attenzioni e la tolleranza verso il membro dai comportamenti "inaccettabili"; si sentono corresponsabili e colpevoli anche per essere risparmiati dalla malattia; possono sentire la sindrome del "figlio perfetto" su cui s'investe la ipercompensazione con aspettative di successo; possono soffrire il senso di coartazione della propria vita e la preoccupazione delle responsabilità che andrebbero ad investirli pienamente quando i genitori moriranno.

Strategie per vincere la resistenza dei familiari alla loro partecipazione ai colloqui sono, ad esempio la spiegazione di quanto sia importante che essi collaborino, la decol-

pevolizzazione, il non entrare in competizione con loro sulla capacità di trattare il paziente, il gratificare anche i minimi successi osservabili, il consentire l'espressione di rabbia e critiche verso gli operatori, il ridurre il timore di perdere il controllo del figlio quando questi inizia un trattamento riabilitativo, o di perdere la relazione quando aumenterà la sua autonomia.

Tutte queste possibilità successive possono dunque essere innescate durante i Gruppi.

Nello specifico, tornando ai Gruppi Cinema, questi elementi inerenti le relazioni familiari emersero in maniera marcata in un nostro studio condotto su 77 pazienti con un tipo di Musicoterapia recettiva, l'Ascolto della Colonna sonora musicale come attivatore di emozioni, in particolare dopo la proposta di un *trailer* con musica tratto dal film *Mamma Mia* (2008), con discussioni successive inerenti un materno non solo personale, ma anche le storie femminili della famiglia, a volte inglobanti anche figure appartenenti a molte generazioni precedenti, un *mythos* familiare spunto di interessanti riflessioni.

Sappiamo quanto l'introduzione del sonoro alla fine degli anni '20 (prima colonna musicale in *Don Giovanni* e *Lucrezia Borgia* del 1926, primo parlato in *Il cantante di jazz* del 1927, entrambi di Alan Crosland) abbia aggiunto una suggestione di formidabile importanza all'arte polisemica del Cinema. Ricordiamo innanzitutto che lo stimolo multiplo contenuto nella Colonna sonora di un film (musica, immagine, movimento) produce emozioni con tutto il loro corteo somatico (respirazione, frequenza cardiaca e valori pressori, cute, sistema muscolare, reazione pupillare, ecc.), influenza le azioni e attiva aree cerebrali in maniera naturalmente più complessa rispetto al semplice ascolto (Lerner,

2009). Ad entrambe le esperienze comunque si riconosce capacità trasformativa, osservazione confortata da interessanti risultati alle Neuroimmagini funzionali che coinvolgono, come è noto, il sistema limbico e paralimbico come strutture fondamentali nella elaborazione delle emozioni, in particolare l'amigdala, oltre il mesencefalo, l'insula anteriore, la corteccia anteriore, quella orbito-frontale, i giri e i poli temporali e, nell'area ventrale dello striato, il nucleo accumbens nel "circuitto della ricompensa" legato ad esperienze di piacere (Nicola, 2007). Un ruolo centrale spetta all'ippocampo, non solo per l'importante attivazione della memoria ma anche per le sue complesse connessioni con le strutture sopradescritte (Koelsch, 2006).

Osservando dunque l'eventuale cambiamento dello stato d'animo del nostro gruppo eterogeneo di pazienti ricoverati nel Day Hospital psichiatrico (Tabella 4.I), tutti



in trattamento con psicofarmaci specifici per la relativa patologia, volevamo appunto verificare in che modo la sinergia tra musica e immagini potesse attivare le emozioni, eventualmente spostandole verso poli emozionali positivi, e volevamo valutare il legame tra musica, immagini e ricordi.

**Tabella 4.I.** Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione.

<b>NUMERO DI CASI</b>		77
<b>GENERE (M/F)</b>		33.8%/66.2%
<b>ETÀ</b>		53.87 ± 13.56 (25-75)
<b>FIGLI (S/N)</b>		61%/39%
<b>TITOLO DI STUDIO</b>	Licenza elementare	10.4%
	Licenza media inferiore	27.3%
	Licenza media superiore	51.9%
	Laurea	10.4%
<b>OCCUPAZIONE</b>	Disoccupato	16.9%
	Impiegato	51.9%
	Libero professionista	0%
	Casalinga	0%
	Pensionato	31%
	Altro	0%
<b>STATO CIVILE</b>	Celibe/Nubile	35.1%
	Coniugato/Convivente	62.3%
	Separato/Divorziato	1.3%
	Vedovo	1.3%
<b>PATOLOGIA</b>	Disturbo dell'Umore	79.2%
	Schizofrenia	10.4%
	Disturbo di personalità	10.4%

**Tabella 4.II.** Autore Musiche-Film-Anno di uscita-Regista.

Nino Rota: <i>Amarcord</i> (1973) di F. Fellini
Wolfgang Amadeus Mozart: <i>Amadeus</i> (1984) di M. Forman
Lucio Dalla, Fabio Liberatori, Stadio: <i>Borotalco</i> (1982) di C. Verdone
John Kander: <i>Cabaret</i> (1966) di B. Fosse
Ennio Morricone: <i>C'era una volta in America</i> (1984) di S. Leone
Barry, Maurice e Robin Gibb: <i>La febbre del sabato sera</i> (1977) di J. Badham
John Farrar, Barry Gibb, Louis St. Louis: <i>Grease</i> (1978) di R. Kleiser
Davi Newman: <i>L'intrigo della collana</i> (2001) di C. Shyer
ABBA: <i>Mamma mia!</i> (2008) di Ph. Lloyd
Orchestra di Piazza Vittorio: <i>L'orchestra di Piazza Vittorio</i> (2006) di A. Ferrente
Leo Ferrè, Nino Rota: <i>8 ½</i> (1963) di F. Fellini
Nino Rota: <i>La strada</i> (1954) di F. Fellini

Furono proiettate tredici sequenze filmiche di circa 3 minuti ciascuna (Tabella 4.II), prive di violenza e con commento musicale piacevole/convergente, vale a dire congruo con la scena, non di contrasto come quando, ad esempio, una scena violenta viene sottolineata da una musica divertente (come *Surfin' Bird* dei Trashmen mentre scorrono le immagini di cadaveri e di agonizzanti in *Full Metal Jacket* di Stanley Kubrick).

Per valutare l'eventuale cambiamento delle emozioni, somministrammo ai nostri pazienti due Questionari da riempire rispettivamente prima (Fig. 4.1) e dopo (Fig. 4.2) la proposta dei *trailer* con la musica selezionata assegnando qualche minuto per la compilazione. I Questionari contemplano le emozioni primarie: paura, rabbia, tristezza, gioia, disgusto, ciascuna con la gamma delle loro espressioni (Plutchik, 2001).

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px 20px;">Questionario (1)</div> <b>Colonna sonora e attivazione di emozioni</b>	
Film _____	
Musica _____	
<i>Qual è il tuo stato d'animo in questo momento?</i>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> <b>Gioia:</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Divertimento</li><li><input type="checkbox"/> Piacere</li><li><input type="checkbox"/> Felicità</li><li><input type="checkbox"/> Serenità</li><li><input type="checkbox"/> Allegria</li><li><input type="checkbox"/> Estasi</li></ul></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> <b>Paura:</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Apprensione</li><li><input type="checkbox"/> Spavento</li><li><input type="checkbox"/> Tensione</li><li><input type="checkbox"/> Terrore</li><li><input type="checkbox"/> Timore</li><li><input type="checkbox"/> Agitazione</li></ul></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> <b>Tristezza:</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Infelicità</li><li><input type="checkbox"/> Disperazione</li><li><input type="checkbox"/> Delusione</li><li><input type="checkbox"/> Angoscia</li><li><input type="checkbox"/> Dispiacere</li><li><input type="checkbox"/> Malinconia</li></ul></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> <b>Disgusto:</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Noia</li><li><input type="checkbox"/> Nausea</li><li><input type="checkbox"/> Ripugnanza</li><li><input type="checkbox"/> Disprezzo</li><li><input type="checkbox"/> Odio</li><li><input type="checkbox"/> Ostilità</li></ul></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> <b>Rabbia:</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Irritazione</li><li><input type="checkbox"/> Ira</li><li><input type="checkbox"/> Nervosismo</li><li><input type="checkbox"/> Furia</li><li><input type="checkbox"/> Fastidio</li><li><input type="checkbox"/> Impazienza</li></ul></div>	<div style="padding-top: 20px;">Nome _____</div> <div style="padding-top: 5px;">Data _____</div>
1	

Fig. 4.1. Questionario somministrato prima del trailer.



**Questionario (2)**

**Colonna sonora e attivazione di emozioni**

Film \_\_\_\_\_  
Musica \_\_\_\_\_

*Quali emozioni ha suscitato in te la colonna sonora appena ascoltata?*

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> <b>Gioia:</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Divertimento</li><li><input type="checkbox"/> Piacere</li><li><input type="checkbox"/> Felicità</li><li><input type="checkbox"/> Serenità</li><li><input type="checkbox"/> Allegria</li><li><input type="checkbox"/> Estasi</li></ul></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> <b>Paura:</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Apprensione</li><li><input type="checkbox"/> Spavento</li><li><input type="checkbox"/> Tensione</li><li><input type="checkbox"/> Terrore</li><li><input type="checkbox"/> Timore</li><li><input type="checkbox"/> Agitazione</li></ul></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> <b>Tristezza:</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Infelicità</li><li><input type="checkbox"/> Disperazione</li><li><input type="checkbox"/> Delusione</li><li><input type="checkbox"/> Angoscia</li><li><input type="checkbox"/> Dispiacere</li><li><input type="checkbox"/> Malinconia</li></ul></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> <b>Disgusto:</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Noia</li><li><input type="checkbox"/> Nausea</li><li><input type="checkbox"/> Ripugnanza</li><li><input type="checkbox"/> Disprezzo</li><li><input type="checkbox"/> Odio</li><li><input type="checkbox"/> Ostilità</li></ul></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> <b>Rabbia:</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Irritazione</li><li><input type="checkbox"/> Ira</li><li><input type="checkbox"/> Nervosismo</li><li><input type="checkbox"/> Furia</li><li><input type="checkbox"/> Fastidio</li><li><input type="checkbox"/> Impazienza</li></ul></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Nome _____</div><div>Data _____</div></div></div>

2

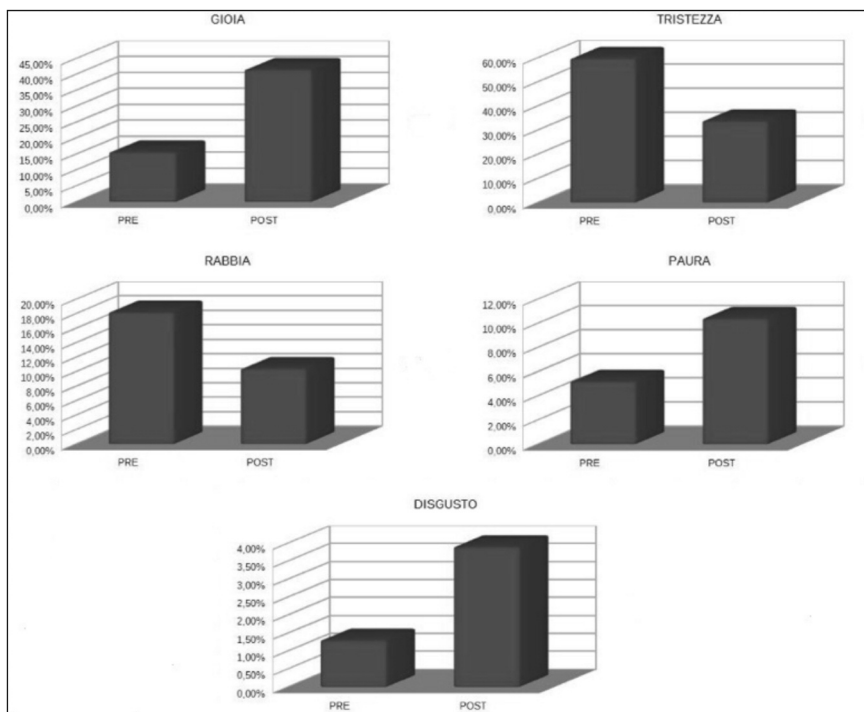
Fig. 4.2. Questionario somministrato dopo del trailer.

La somministrazione del Questionario preliminare all’ascolto era preceduta da domande legate all’esperienza personale inerente l’ambito musicale (Tabella 4.III) poiché l’ “anamnesi sonora” è molto importante per comprendere la risposta emozionale soggettiva all’ascolto di un brano (Benenzon, 1992). Ad esempio nei risultati della nostra ricerca emerse che il 54, 5% del campione riferiva un ricordo innescato dall’ascolto, ma che, dei pazienti con abilità musicali, che rappresentavano il 55, 8% del campione, ben il 97% presentava un ricordo legato alla Musica in esame.

La variazione dello stato emotivo dopo il trailer rilevata alla somministrazione dei Questionari si presentò in maniera variabile (Fig. 4.3).

**Tabella 4.III.** Valutazione della esperienza musicale dei pazienti.

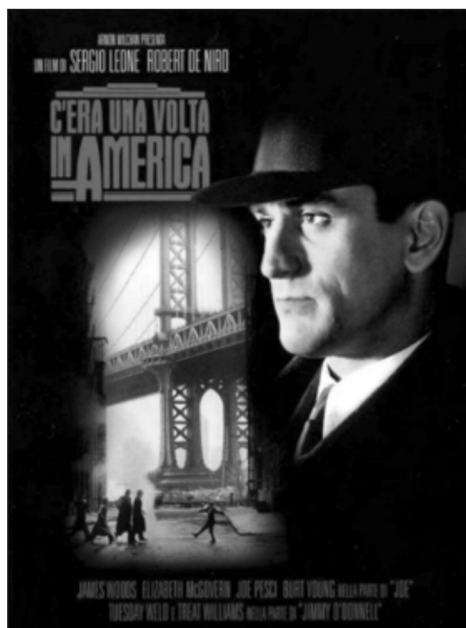
Conoscenza della colonna sonora  
Ricordo legato alla colonna sonora  
Apprezzamento per la musica in generale  
Ricordo legato alla musica  
Abilità musicali e canore



**Fig. 4.3.** Emozioni presenti prima e dopo il trailer con colonna musicale.

Alla fine della compilazione del secondo Questionario, seguiva una discussione di Gruppo che andava frequentemente orientandosi su attivazioni di ricordi legati alla Musica inerenti la prima parte della vita, dove la famiglia e altre antiche figure significative risultavano dominanti. Alla luce delle nostre osservazioni potemmo concludere che la Colonna sonora, anche se la scelta preliminare dei brani comporta dopo il loro ascolto la prevalenza di emozioni positive attese, può attivare emozioni negative anche con musiche che generalmente attivano emozioni positive nei soggetti sani, a causa dello stato d'animo di partenza, difficilmente sereno nei pazienti psichiatrici, e/o per il riattivarsi di memorie dolenti. Ad esempio l'ascolto di *C'era una volta in America* con l'immagine del ballo tra i protagonisti in un ambiente lussuoso, fece emergere per contrasto la rabbia dal ricordo della povertà

e conflittualità dei propri genitori e dei propri nonni. Nel caso della sopracitata colonna sonora del film *Mamma mia*, un paziente lamentò il lutto della madre in età adolescenziale con conseguente innescarsi della tristezza. Tuttavia, anche nel caso in cui l'emozione resti nel quadro di uno stato d'animo negativo, vi è in genere un graduale depotenziamento della sua intensità. La "malinconia" o la "depressione" apparivano stemperate nella più accettabile "nostalgia" per il potere evocativo del connubio "musica-immagine" relativamente alla memoria anche di eventi personali piacevoli. Vi è da aggiungere che la discussione ha comunque sempre consentito di liberare e ridefinire anche le emozioni marcatamente negative dei pazienti, nello spirito della promozione di resilienza tipica dei percorsi gruppalì (Bruscia, 1998).



Nell'altro gruppo relativo all'uso del Cinema nell'Arteterapia, quello di Visione e Commento di film, sono state proiettate nel tempo molte opere. In alcune di esse il discorso della famiglia, sia di origine che acquisita, assume particolare rilievo (Tabella 4.IV).

In questo senso un posto a parte occupano nelle nostre osservazioni i due film *Piccolo grande uomo* (1970) e *Chiedi alla polvere* (2006) perché diedero vita a discussioni molto articolate. Essi offrono spunto di riflessione su tematiche quanto mai attuali relative non solo alla famiglia ma più ampiamente al ruolo che essa occupa nella società multietnica investendo complesse problematiche legate all'identità.

Circa il primo, come si ricorderà, Dustin Hoffmann interpreta un centenario che racconta la sua vita da quando venne portato in un villaggio indiano dopo una battaglia

**Tabella 4.IV.** Film con centralità del tema "famiglia".

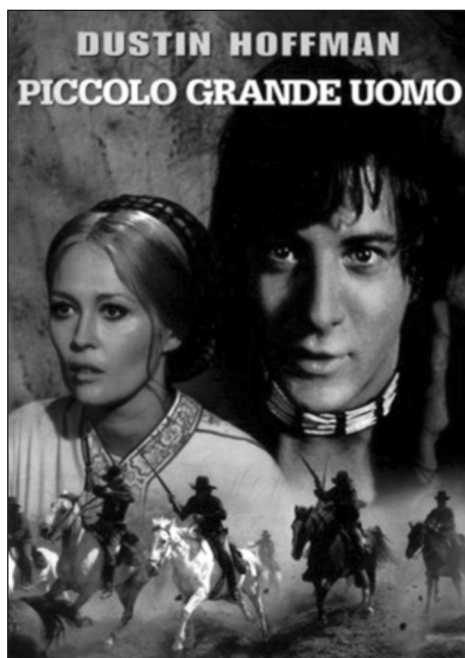
<p><i>L'Anima gemella</i> di S. Rubini (2002)  <i>A piedi nudi nel parco</i> di G. Saks (1967)  <i>I Baci mai dati</i> di R. Torre (2010)  <i>Carnage</i> di R. Polanski (2011)  <i>Corpo celeste</i> di A. Rohrwacher (2011)  <i>Cronaca familiare</i> di V. Zurlini (1962)  <i>Dirty Dancing</i> di E. Ardolino (1987)  <i>Le Donne del 6° piano</i> di P. Le Guay (2011)  <i>Ex</i> di F. Brizzi (2009)  <i>Ferie d'agosto</i> di P. Virzì (1995)  <i>Gioventù bruciata</i> di N. Ray (1955)</p>	<p><i>La Guerra dei Roses</i> di D. DeVito (1989)  <i>In America</i> di J. Sheridan (2002)  <i>Il Laureato</i> di M. Nichols (1967)  <i>Lontano da lei</i> di S. Polley (2006)  <i>Marianna Ucrìa</i> di R. Faenza (1990)  <i>Nel mio amore</i> di S. Tamaro (2004)  <i>Potiche – la bella statuetta</i> – di F. Ozon (2010)  <i>La prima cosa bella</i> di P. Virzì (2010)  <i>Scandalo al sole</i> di D. Daves (1959)  <i>Shine</i> di S. Hicks (1996)  <i>La vita è bella</i> di R. Benigni (1997)</p>
---	---



Urbano Barberini in una scena del film “Nel mio amore”

tra Pueblos e yankee. Il capo tribù, il Vecchio Saggio lo ama come un nonno adottivo, legame straordinario per tutto quel tempo in cui Piccolo Grande Uomo va e viene tra la civiltà degli Indiani e quella dei bianchi, in costante crisi d'identità. Il gruppo dei pazienti fece molte osservazioni puntuali. Intanto sulla verità storica dei pellerossa, popolo sottomesso desolato dignitoso e fiero dopo tanta cinematografia western convenzionale che ne illustrava solo la ferocia; sulla forza del desiderio nella visione magico-religiosa; sulla diversa maniera d'intendere la vecchiaia rispetto all'Occidente; sulla diversa possibilità d'interpretare i sogni, quando il Vecchio Saggio interpreta sogni profetici; sulla rivalità tra fratelli come dimensione decisiva dello sviluppo per modulare gli aspetti competitivi e assertivi cui la società contemporanea ci richiama in continuazione insieme alla necessità del rispetto e della cooperazione con l'altro da sé; sull'umorismo che venne sottolineato come una possibilità di difesa matura; sulla immanenza delle radici e il valore della famiglia di adozione; e molti infine discussero circa il problema personale dell'identità.

L'altro esempio, *Chiedi alla polvere*, è stato riportato anche nel precedente capitolo generale sul Day Hospital, poiché alla visione del film venne agganciato anche un Gioco psicologico preliminare allo Psico-dramma nel Gruppo dedicato, gioco “del nome”, quella volta basato sul romanzo autobiografico capolavoro del grande scritto-



ree sceneggiatore John Fante, americano di prima generazione di origine italiana. Dal libro è tratto il film omonimo di Robert Towne (Oscar per la Sceneggiatura di *Chinatown*) con una certa fedeltà e anche un suo pregio, sebbene minore rispetto allo splendore dell'opera letteraria. Ricordiamo che la storia è ambientata a Los Angeles al tempo della Grande Depressione. È molto interessante ed attuale per le dinamiche inerenti i vissuti di sofferenza prevalente nella società multietnica: dove il misconoscimento ingenera senso di oppressione, danno, depressione, vergogna, alienazione. L'*alien*, lo straniero, lo strano, per sopravvivere deve dimenticare il passato, o rinnegarlo, "perderlo", perdere il proprio nome, tormentarsi nella propria identità lacerata, solo raramente ritrovando una integrità esistenziale attraverso compensazioni valide. Interessante che il film esca nello stesso anno del più pregevole *Guida per riconoscere i tuoi santi* con tematiche sovrapponibili, anch'esso eco autobiografico della vita dello scrittore italo americano Dito Montiel, in cui l'esperienza della Letteratura assume il valore di superamento del dolore.

I due protagonisti della storia d'amore di *Chiedi alla polvere* sono tormentati dalla vergogna dei loro nomi, italiano quello di lui, Arturo Bandini interpretato da Colin Farrell, messicano quello di lei, Camilla Lopez interpretata da Salma Hajek.

Tutti i pazienti immaginarono un lieto fine.

Tutti i pazienti rilevarono la "compassione" come atteggiamento dominante del protagonista.

Tutti i pazienti rilevarono il problema dell'identità e il sentimento di appartenenza contenuto nel nostro nome e cognome, e quanto questo potesse pesare nella società multietnica che nel periodo della Grande Depressione comincia a mostrare tutta la sua conflittualità (cfr. E. H. Erikson, il "profeta" dell'"identità" come tema portante del disagio contemporaneo).

Tutti sottolinearono come un nome e un cognome possano essere motivo di orgoglio o di vergogna, dissertando sulle scene cruciali. Ad esempio, la preghiera di Arturo a Santa Teresa perché lo faccia diventare uno scrittore così famoso da non doversi più vergognare del suo nome; la ripetizione ossessiva ambivalente autorassicurante del proprio nome italiano "*Arturo Bandini che ama uomini e bestie dello stesso amore*"; la menzogna di Camilla sul proprio cognome messicano, che perciò aspira a un marito con un cognome yankee.



I pazienti maschi sottolinearono, e discussero, il riscatto dalle umiliazioni sociali del protagonista attraverso il successo; le donne notarono il desiderio di compensazione della protagonista attraverso il matrimonio.

Oltre al problema specifico del nome, nel film il tema della vergogna appare pervasivo: vergogna del corpo – quella di Arturo e quella di un'amica ebrea deturpata; vergogna della "passione senza desiderio" – Arturo; vergogna di essere stata picchiata di drogarsi di essere tubercolotica di essere analfabeta – Camilla; vergogna del protagonista scrittore persino di scrivere nel suo romanzo la sua "verità vergognosa", e sarà l'incoraggiamento di Camilla a fargli conquistare la metamorfosi.

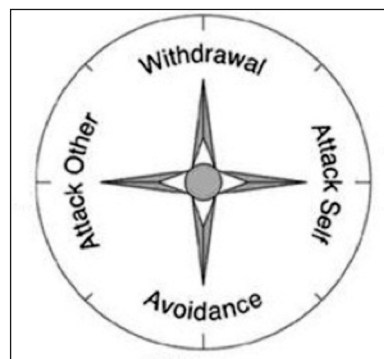
Oggi il tema della vergogna è senz'altro centrale nei linguaggi psicologici (*cf.* gli studi di Ballerini e Rossi Monti, 1990). Classicamente è stata collocata tra le dimensioni caratteristiche del Narcisismo ma, appunto nelle trasformazioni antropologico-sociali che oggi fondano sui sentimenti d'inadeguatezza e d'insufficienza molta sofferenza psichica, la sua presenza appare ubiquitaria. La rintracciamo non infrequentemente anche in altri quadri morbosi quali le psicosi, i disturbi dell'umore, il Disturbo ossessivo compulsivo, la fobia sociale, il disturbo borderline, o in semplici esperienze esistenziali non necessariamente patologiche. La dimensione è ben delimitata rispetto alla colpa, tipica, specie fino ad alcuni decenni fa, della nostra società occidentale.

Nel film *Chiedi alla polvere*, e ancor più nel libro omonimo, ad esempio, il tema della colpa appare specialmente correlato a un problema religioso del protagonista. Il termine *vergogna*, che è stata a lungo più tipica delle popolazioni orientali, è altamente polisemico e si riferisce ad un ampio spettro di disposizioni affettive: famiglia degli affetti della vergogna, in cui ne includiamo alcuni con aspetto esistenziale-protettivo (pudore, imbarazzo, modestia, timidezza), altri con aspetto occultante-ostensivo (onta, disonore, mortificazione, umiliazione). Questi ultimi appaiono senz'altro dominanti nel film in esame.

Lo stato affettivo della vergogna presuppone guardare (Polo Soggettivo), essere guardato (Polo Oggettivo) e l'esistenza del corpo come scenario prioritario del disvelamento ed oggetto stesso della vergogna. Difatti *shame* deriva da *Skem* o *Skam*, «nascondersi». «Mi vergogno» significa quindi «Non voglio essere visto». Quando il soggetto si pensa guardato dall'oggetto avviene un rovesciamento della consapevolezza soggettiva in autoconsapevolezza oggettiva dell'essere-per-altri (*cf.* Sartre: attraverso lo Sguardo d'Altri l'individuo ottiene la sua "oggettività", divenendo "una cosa tra le cose del mondo").

Può essere interessante ricordare la "bussola della vergogna" elaborata nel 1994 da Nathanson che descrive 4 modalità di *coping* elicitate dal sentimento di vergogna:

- 1) Evitamento: disconoscimento della esperienza negativa di vergogna; tentativo di distrarre da sé e dagli altri gli affetti penosi;
- 2) Attacco autodiretto: autocritica e autodeprecazione nel tentativo di scongiurare la vergogna che scaturlisce dal giudizio altrui;



- 3) Attacco eterodiretto: esternalizzazione della vergogna; tentativo d'infliggere ad altri gl'insulti narcisistici che si teme di subire;
- 4) Ritiro: Limitazione dell'autoesplorazione nel tentativo di evitare la situazione che ha provocato vergogna.

In un nostro studio sulla presenza della Vergogna nel Cinema, rilevammo ad esempio come l'Evitamento prevalesse in film come *La ballata di Stroszek*, *Minnie e Moszkovitz*, *Provaci ancora Sam*; L'Attacco autodiretto in *Vatel*, *Repulsion* e *Shame*; l'Attacco eterodiretto in *La vergogna*, *Moby Dick* e *Freaks*; il Ritiro in *The elephant man*, *Stazione Termini* e *The Reader – A voce alta*.

Nel film *Chiedi alla polvere* i 4 stili di coping appaiono tutti rappresentati, con una prevalenza dell'Attacco autodiretto e del Ritiro nella protagonista e dell'Attacco eterodiretto e dell'Evitamento nel protagonista, sebbene in quest'ultimo i 2 stili vengano infine trascesi dalla espressione delle sue dotazioni talentuose letterarie laddove la strategia con soluzioni efficaci tramite meccanismi di difesa validi come la sublimazione e la creatività, o altrove come l'altruismo e l'umorismo, rappresenti una soluzione di adattamento evoluta e possibile.

Potremmo pertanto concludere che il Cinema, con le sue potenzialità legate alla Narrazione alla Relazione e alla Soggettivazione, può essere una forma di Arteterapia di Gruppo molto efficace, come stimolo a riconoscere problemi personali e relazionali con un miglioramento dell'*insight*, tema che verrà sviluppato nel capitolo successivo; e come incoraggiamento verso strategie di *coping* mature alternative a quelle disadattive precedentemente adottate in maniera rigida.





# IL CINEMA COME TEST PROIETTIVO E TERAPIA

## LA VALUTAZIONE DI PROCESSO

*Amedeo Minichino\*, Francesco Saverio Bersani\*, Annalisa Conforti\*,  
Marta Francesconi\*, Valentino Righetti\*, Maria Antonietta Coccanari de' Fornari\**

Considerato che il nostro sistema di credenze e convinzioni, sui più disparati argomenti, nasce e si sviluppa dall'interazione di diverse fonti di informazioni, ricordiamo come il bagaglio culturale si costruisce a partire da esperienze di vita vissuta, si arricchisce di relazioni interpersonali e prosegue lungo una linea più o meno definita di interessi, occasioni e propensione all'approfondimento. Oggi, si sa, all'interno di questo bagaglio uno spazio sempre più rilevante viene occupato dall'informazione trasmessa dai mezzi di comunicazione di massa, e con questi intendiamo giornali, radio, televisione e cinema. La qualità e il tipo di informazione trasmessa dai media può avere un impatto determinante sul sistema di convinzioni e credenze della popolazione generale. Se i messaggi veicolati sono negativi e ricchi di rappresentazioni stereotipate, le conseguenze possono essere dannose, specie se riguardano la descrizione di tematiche che interessano una minoranza della popolazione.

La qualità dell'informazione trasmessa è stata oggetto di numerosi studi che, data la rilevanza dell'argomento, hanno avuto ampia risonanza nella comunità scientifica internazionale. Il tema della salute mentale, in particolare, ha attirato notevole attenzione a causa degli effetti che i fenomeni di emarginazione sociale e discriminazione possono avere sul decorso di malattia.

Wilson e colleghi (1999), in uno studio di valutazione dell'informazione trasmessa dai programmi tv in prima serata, dimostrava che il 67% dei personaggi affetti da un disturbo mentale veniva rappresentato come una persona con vita affettiva e lavorativa del tutto inesistente, spesso a carico della propria famiglia e non in grado di essere di alcuna utilità per la società.

Uno studio della George Mason University in Virginia – USA – (Wahl, 2001) ha analizzato 300 articoli con contenuti inerenti la salute mentale, provenienti da sei diversi quotidiani statunitensi. Nella maggior parte dei casi veniva veicolato un messaggio negativo, dove il paziente psichiatrico era rappresentato come inaffidabile e non in grado di badare a se stesso. Solo nel 7% dei casi veniva riportata un'opinione in prima persona del paziente, il che contribuiva, secondo i ricercatori, a rafforzare il messaggio stereotipato che un individuo affetto da un disturbo mentale non possa essere in grado di esprimere una valida opinione personale.

---

\* Dipartimento di Neurologia e Psichiatria Sapienza Università di Roma.

Un interessante lavoro di Diefenbach ha analizzato i contenuti relativi alla rappresentazione dei disturbi mentali nella programmazione tv in prima serata statunitense. Il 72% dei personaggi televisivi descritti come “malati mentali” commetteva crimini violenti nei confronti delle altre persone. Confrontando il numero di atti criminosi commessi dai pazienti psichiatrici in due settimane di programmazione tv in prima serata, rispetto a quelli commessi nell’arco di un anno da pazienti psichiatrici nella vita reale, lo studio evidenziava un tasso di violenza da 10 a 20 volte superiore nella rappresentazione televisiva rispetto alla realtà.

I dati della letteratura scientifica internazionale dimostrano che solo una piccolissima percentuale degli atti criminosi (3-5%) vengono commessi da pazienti psichiatrici; il che fa pensare che ci sia un’attenzione selettiva da parte dei media alle storie di violenza e criminalità legate ai disturbi mentali.

Questa maggiore attenzione è probabilmente motivata dal forte successo che le notizie relative al mondo della salute mentale riscuotono sul grande pubblico. Si può ipotizzare che questo successo sia dovuto all’alone di mistero di cui spesso vengono contornate le notizie che riguardano i disturbi psichiatrici; alone rafforzato dalla scarsa qualità dell’informazione sul tema, ricca di falsi miti e numerosi stereotipi negativi.

Il cinema, rispetto agli altri media è la fonte principale di identificazione, è la fucina che crea le grandi storie nelle quali è quasi impossibile non identificarsi ed è quindi probabilmente la fonte di informazione sulla salute mentale di maggiore impatto sul grande pubblico.

La Motion Picture Association of America (Organizzazione Americana dei Produttori Cinematografici, MPAA), un’associazione formata dai sette studi cinematografici principali del cinema statunitense (Walt Disney, Sony, Metro-Goldwyn-Mayer, Paramount Pictures, Twentieth Century Fox, Universal Studios e Warner Bros) riporta che lo spettatore americano va in media 4, 7 volte all’anno al cinema e passa 52 ore annue guardando film in home video. Attraverso questi dati, suggerisce un recente lavoro di Tarsitani e colleghi (2006), “*ci si rende conto del grande potere di suggestione di cui è dotato il cinema nella rappresentazione della malattia mentale*”.

Schneider, in un lavoro del 2003, elenca i numerosi stereotipi legati a rappresentazioni cinematografiche del paziente psichiatrico. Identifica, tra gli altri, spiriti liberi che si ribellano ai rigidi schemi mentali della società, ad esempio in *K-pax* (2001) e in *Qualcuno volò sul nido del cuculo* (1975); seduttrici imprevedibili e violente come in *Attrazione Fatale* (1987); scienziati pazzi come nella trilogia di *Ritorno al futuro* (1985, 1989, 1990) e maniaci omicidi in *Psycho* (1960), *American Psycho* (2000) o *Hannibal* (2001).

L’identità dei personaggi di questi film rimane confinata all’interno dei limiti dello stereotipo che rappresentano, il disturbo mentale coincide e si sovrappone alla personalità dell’individuo e diventa l’unico modo per descriverne le peculiarità. Le rappresentazioni stereotipate si estendono anche al mondo dei terapeuti e degli istituti di cura ed i lavori che le analizzano sono sempre più numerosi. Gli stereotipi, quali forme di conoscenza socialmente condivise capaci di generare atteggiamenti e aspettative, sono alla base dei pregiudizi che implicano valutazioni e correlate reazioni negative sul piano emotivo; ad essi consegue il processo di discriminazione che può creare notevoli impedimenti per le persone con di-



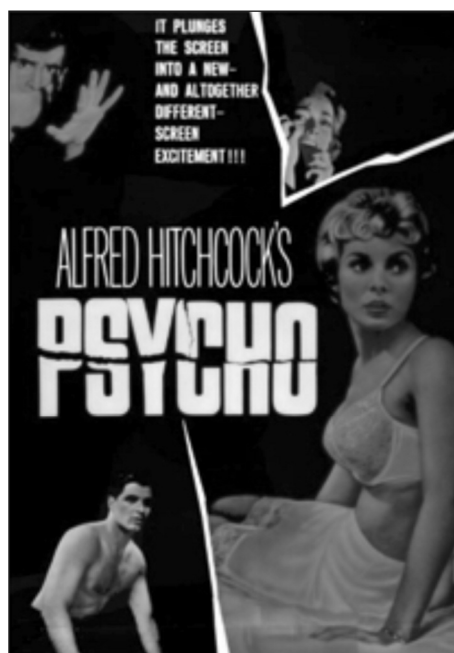
sturbi psichiatrici quali l'isolamento sociale e l'emarginazione, con ricadute determinanti sulla qualità di vita e sul funzionamento globale del paziente.

Da un punto di vista più prettamente clinico questo fenomeno può essere definito con il termine "stigma".

Lo stigma nei confronti delle persone che soffrono di un disturbo mentale agisce come fattore antiterapeutico e ha effetti negativi tanto da costituire una "seconda malattia" (Finzen, 1996). Diversi studi dimostrano che alti livelli di stigma sono predittivi di un peggior decorso di malattia e di un ritardo, spesso determinante in termini prognostici, nella richiesta di cure. Allo stigma pubblico è da aggiungersi il cosiddetto "self-stigma", ossia il pregiudizio che le persone affette da disturbi mentali rivolgono verso se stesse, interiorizzando gli stereotipi negativi dell'ambiente sociale. L'individuo sviluppa di conseguenza vissuti di inferiorità e di inadeguatezza che lo portano ad autoisolarsi e ad amplificare paradossalmente la discriminazione di cui è vittima.

Chi soffre di un disturbo mentale si trova quindi nella morsa di due importanti fonti di informazioni: la propria esperienza personale e il messaggio veicolato dai media. Quest'ultimo può essere talmente potente da riuscire a scardinare il sistema di convinzioni costruito sulla propria esperienza ed intaccare un altro importantissimo determinante clinico: la consapevolezza di malattia (o *insight*).

Negli ultimi 15 anni la letteratura scientifica internazionale ha dato notevole rilievo al concetto di *insight*, inteso come fenomeno multidimensionale che oggi include ampiamente: la coscienza di malattia, la definizione di cambiamento che segue una diagnosi, la comprensione delle implicazioni di quel cambiamento, l'intraprendere comportamenti adeguati in relazione a quel cambiamento (ad es. intraprendere un trattamento). Sebbene non totalmente riducibile ad un mero processo di rivaluta-



zione cognitiva della condizione di “malato mentale”, l'*insight* risente notevolmente delle precedenti “esposizioni” ed informazioni circa le malattie mentali; in questo le rappresentazioni negative e stereotipate trasmesse dai media possono giocare un ruolo determinante, ma suscettibile di intervento. Aumentare i livelli di *insight* significa aumentare la capacità del paziente di monitorare la sua condizione. Questo rende possibile riconoscere le prime “avvisaglie” di una possibile ricaduta e intervenire in tempo utile, grazie all’attivazione del paziente stesso. Questo può anche evitare un successivo ricovero o addirittura una fase di acuzie importante. Amador e Strauss (1990), partendo da un’ampia revisione della letteratura, hanno concettualizzato l'*insight* definendone alcune caratteristiche chiave. Secondo questi autori l'*insight* è un fenomeno che si colloca su di un continuum quantitativo fra i cui estremi si collocano diversi gradi intermedi di consapevolezza; può essere *modality-specific*, ovvero essere presente per alcuni aspetti della malattia ma non per altri e il suo livello può essere diverso per i vari sintomi. L'*insight* si articola su due dimensioni, la consapevolezza, che riflette il riconoscimento di segni o sintomi di malattia; e l’attribuzione, cioè la spiegazione della causa o dell’origine dei segni e sintomi. Consapevolezza ed attribuzione possono essere riferite a sintomi sia attuali che passati.

Tenendo conto di quanto sopra, con i gruppi di pazienti ricoverati nel Day Hospital psichiatrico della Sapienza, abbiamo utilizzato rappresentazioni cinematografiche dei disturbi mentali molto conosciute ed apprezzate dal pubblico (vedi più avanti il criterio di selezione dei film), e abbiamo messo a punto un protocollo di intervento di tipo psico-educativo con l’intento di ottenere i seguenti risultati:

- aumentare la consapevolezza di malattia, la consapevolezza della necessità e della possibilità di ottenere benefici tramite il trattamento;
- aumentare la consapevolezza relativa allo stigma pubblico, al *self-stigma* (autoetichettamento) e alle possibili conseguenze che ne derivano;
- sensibilizzare i pazienti nel riconoscere le esperienze di discriminazione;
- fornire strumenti per affrontare situazioni spiacevoli e discriminanti;
- sviluppare abilità sociali e assertive per facilitare il rapporto con gli altri.

Abbiamo selezionato 52 pazienti, arruolati in un periodo compreso tra Settembre 2013 e Maggio 2014. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi:

- il gruppo 1, composto da 27 pazienti, ha seguito un programma di psicoeducazione che prevedeva l’utilizzo di film, scelti tramite criteri che saranno descritti più avanti
- il gruppo 2, composto da 25 pazienti, è stato utilizzato come campione di controllo. I due gruppi di pazienti sono stati selezionati sulla base di diagnosi e terapie farmacologiche simili. I criteri di inclusione sono stati: età compresa tra i 18 e i 55 anni; diagnosi secondo i criteri DSM IV-TR di Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Depressione Maggiore, Disturbo Bipolare tipo I e II; pazienti in trattamento farmacologico stabile da almeno un mese; pazienti in grado di comprendere le finalità e le procedure dello studio e di dare il proprio assenso alla partecipazione firmando il consenso informato scritto.

Criteri di esclusione: pazienti con diagnosi DSM-IV-TR in asse I diversa da quelle elencate in precedenza pazienti con storia di ritardo mentale pazienti affetti da patologie del Sistema Nervoso Centrale pazienti con diagnosi di dipendenza da sostanze negli ultimi sei mesi; pazienti con florida sintomatologia positiva (BPRS punteggio item 9, 10, 11  $\geq 6$ ), mania (BPRS punteggio item 5, 8, 21  $\geq 6$  e item 22  $\geq 5$ ) o depressione conclamata (BPRS item 3  $\geq 6$  e item 4  $\geq 4$ ).

Per i criteri di selezione dei film è stato utilizzato il database del dizionario Il Morandini in CDrom 2013, contenente quasi ventimila schede filmiche. È stata eseguita una ricerca a tutto testo utilizzando 15 radici di parole chiave correlate alla psichiatria (es.: \*psi\*), con l'operatore booleano "OR", che ha restituito 1.948 schede filmiche. L'analisi di queste schede ha permesso l'estrazione di 685 film nella cui trama viene citato un professionista della salute mentale (psichiatra, psicanalista, psicologo, "strizzacervelli", ecc.), una struttura per malati mentali (manicomio, cliniche, ecc.) e un appellativo o un aggettivo che si riferisse al disturbo mentale ("matto/i", "impazzito/a/i", "psicopatico", ecc.).

Le 685 schede filmiche ottenute sono state caricate su foglio elettronico Excel per Windows®, registrando punteggi di critica e pubblico del dizionario Morandini, caratteristiche della produzione e, quando possibile, le tipologie dei personaggi legati alla psichiatria. I 685 film selezionati sono stati filtrati sulla base del punteggio di pubblico attribuito dal Morandini (tre o più "pallini" su un totale di 5). Questo criterio è stato adottato al fine di selezionare quei film che avessero avuto il maggiore impatto sul grande pubblico e che quindi, probabilmente, avessero anche una maggiore influenza sul sistema di convinzioni e credenze sulla malattia mentale.

Grazie al filtro "successo di pubblico" sono stati identificati 123 film. I 123 film sono stati visionati da 5 operatori della salute mentale esperti nel campo della psicoeducazione. A ciascun film è stato attribuito un punteggio sulla base di quattro indicatori:

1. Violenza ed impatto emotivo ad essa associato (punteggio da 0 a -2)
  - a) Presenza di scene di violenza esplicita e/o fonte di grande tensione emotiva per lo spettatore (PUNTEGGIO -2, ad esempio *American Psycho*, anno di uscita: 2000)
  - b) Presenza di scene di violenza implicita, fonte di moderata tensione emotiva per lo spettatore (PUNTEGGIO -1, ad esempio *The Others*, anno di uscita: 2001)
  - c) Assenza di scene di violenza e tensione emotiva non rilevante (PUNTEGGIO 0, ad esempio *Il Lato Positivo*, anno di uscita: 2012).

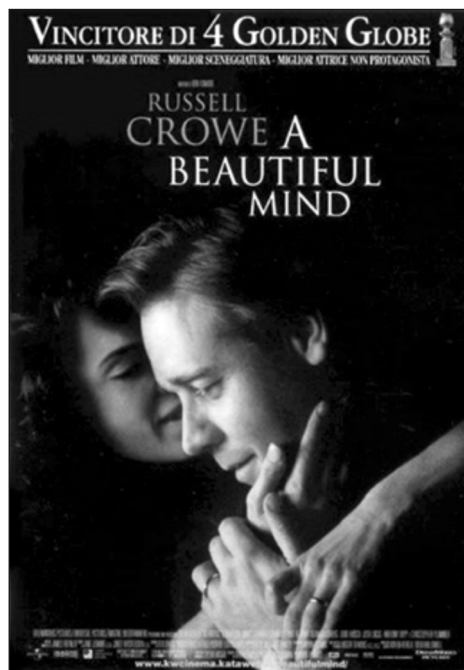
Gli altri tre indicatori sono stati ideati sulla base delle tre dimensioni indicate da Amador come fondanti il concetto di insight.

2. Consapevolezza di disturbo mentale: Pertinenza (punteggio da 0 a 4). Con questo indicatore abbiamo voluto selezionare soltanto quei film che dessero sufficiente spazio al tema del disturbo mentale indipendentemente dalla rappresentazione stereotipata o meno. L'utilizzo dei termini chiave sopracitati infatti ha identificato una serie di film che poco avevano a che fare con la descrizione dei disturbi mentali e quindi erano difficilmente utilizzabili in un programma a stampo psicoeducativo. Il punteggio da 0 a 4 è stato pensato per classificare i film sulla base dell'importanza data alla rappresentazione del disturbo (0=spazio non rilevante, 1=spazio poco rilevante, 2=spazio moderatamente

rilevante, 3=spazio molto rilevante, 4=film interamente centrato sul tema del disturbo mentale). Ad esempio, *Il cavaliere oscuro-il ritorno* (2012) attraverso i termini chiave “psicopatico”, “impazzire”, “matto” ed un successo di pubblico secondo Morandini superiore a 3, rientrava nel gruppo dei 123 selezionati. Lo spazio che il film dà alla rappresentazione di un disturbo mentale è assolutamente non rilevante e quindi veniva attribuito un punteggio pari a 0. Un punteggio pari a 4 veniva, invece, attribuito a film interamente centrati sul tema del disturbo mentale come ad esempio *Il Lato Positivo* (2012) o *A Beautiful Mind* (2001).

3. Consapevolezza degli effetti positivi ottenibili sul disturbo tramite terapia:  
Pertinenza (punteggio da 0 a 4).

Con questo indicatore abbiamo voluto selezionare soltanto quei film che dessero sufficiente spazio al tema del trattamento del disturbo mentale indipendentemente



dalla rappresentazione stereotipata o meno. L'attribuzione del punteggio da 0 a 4 ha seguito gli analoghi criteri descritti nel precedente paragrafo. Ad esempio un punteggio pari a 0 è stato attribuito a film come *Repulsion* (1965) o *Shining* (1980), dove non viene menzionato in alcun modo il concetto di terapia dei disturbi psichiatrici nonostante l'ampio spazio dato al tema della salute mentale. Al contrario un punteggio pari a 4 è stato attribuito a film come *Effetti Collaterali* (2013), *Mr Jones* (1993) o *Ragazze Interrotte* (1999), dove viene concesso un ampio spazio al tema del trattamento.

4. Consapevolezza delle conseguenze sociali derivanti dal disturbo: Pertinenza (punteggio da 0 a 4).

Con questo indicatore abbiamo voluto selezionare soltanto quei film che dessero sufficiente spazio al tema delle conseguenze sociali derivanti dall'essere affetti da un di-



disturbo mentale come ad esempio l'impatto sulla vita affettiva e lavorativa della persona e/o a fenomeni di discriminazione. L'attribuzione del punteggio da 0 a 4 ha seguito gli analoghi criteri descritti nei precedenti paragrafi. Ad esempio un punteggio pari a 0 è stato attribuito a film come *The Others* (2001), dove il tema delle conseguenze sociali derivanti da un disturbo mentale non viene trattato. Al contrario un punteggio pari a 4 è stato attribuito a film come *Reality* (2012) dove viene data grande importanza alla descrizione dell'impatto sul mondo affettivo e lavorativo di una persona affetta da un disturbo mentale.

La somma dei punteggi derivanti dagli indicatori appena descritti ha permesso di dare un punteggio complessivo, da un minimo di -2 ad un massimo di 12, per ciascuno dei 123 film precedentemente selezionati. Inoltre, avendo stabilito di mettere in atto un programma psicoeducativo sulla base della durata media di un ricovero nel nostro Day Hospital Psichiatrico (circa 3 settimane) e prevedendo una cadenza degli incontri pari a 2 a settimana, abbiamo deciso di selezionare i 6 film aventi il punteggio più alto.

Il programma è costituito da sei incontri di gruppo con la frequenza di due volte a settimana condotti da un medico con uno psicologo, gli studenti frequentatori e varie unità dell'equipe del Day Hospital. Ciascun incontro veniva suddiviso in due parti: visione del film e relativa discussione. I sei incontri erano preceduti da un incontro interamente dedicato all'identificazione di opinioni, informazioni ed esperienze dei partecipanti circa i segni della malattia mentale, lo stigma pubblico e l'autostigma.

La discussione che seguiva i film veniva strutturata in due fasi:

- a) *Fase informativa*, obiettivi: fornire informazioni corrette circa la malattia mentale, in particolare la schizofrenia, la depressione maggiore e il disturbo bipolare e le relative terapie, sulla base del film visto in precedenza; discussione delle informazioni circa le credenze erranee diffuse nella società e della loro non attendibilità, con particolare attenzione ai messaggi stereotipati inseriti nel film.
- b) *Fase di sviluppo delle abilità individuali*, obiettivi: cambiamento di schemi di valutazione disfunzionali per modificare pregiudizi e modulare credenze e convinzioni generalizzanti e assolutizzanti sui disturbi mentali; implementare le competenze sociali per far fronte con minori difficoltà alle situazioni di discriminazione, facilitare il rapporto con gli altri, promuovere una partecipazione più attiva del paziente alla propria cura e benessere.



La durata degli incontri era variabile a seconda della durata del film. Le discussioni avevano una durata media di un'ora e trenta minuti. I gruppi hanno avuto una numerosità variabile, da un minimo di 5 persone ad un massimo di 8.

Lo studio ha previsto la valutazione di tutti i pazienti al baseline (T0) e alla fine dell'intervento (T1) attraverso l'utilizzo dei seguenti strumenti:

- *Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD*, 1991), per la valutazione del “insight”.

- *The Stigma Scale* (2007), per la valutazione dello stigma.

Al baseline (T0) i pazienti sono stati valutati attraverso:

- *Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status, RBANS* (1998), per la valutazione del funzionamento cognitivo.

- *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS*, 1962), per la valutazione delle condizioni psicopatologiche.

La *SUMD* (*Scale to assess Unawareness of Mental Disorder*, Amador 1990) è un'intervista semistrutturata costituita da tre item generali (Consapevolezza di disturbo mentale; Consapevolezza dei risultati ottenuti con il trattamento; Consapevolezza delle conseguenze sociali del disturbo mentale) dei quali viene valutata solo la consapevolezza (attuale e passata) e da una checklist di 17 sintomi (item dal 4 al 20) per ciascuno dei quali sono richiesti due giudizi, il primo è riferito al livello di consapevolezza di quel particolare sintomo ed il secondo si riferisce al livello di attribuzione di quel particolare sintomo alla presenza del disturbo mentale. Il giudizio di attribuzione viene espresso solo se il soggetto ottiene un punteggio compreso fra 1 e 3, in presenza, cioè, di un buono/discreto nella scala della consapevolezza. Per entrambe le scale, la valutazione deve essere fatta in riferimento sia al momento dell'intervista (*current*) sia al passato (*past*).

La *Stigma Scale* (King, 2007) è un'intervista auto somministrata costituita da 28 item che permettono di valutare 3 dimensioni dello stigma: *Disclosure*, ovvero la capacità di saper parlare apertamente della propria malattia; *Discrimination*, ovvero il senso di emarginazione ed isolamento causato dall'essere affetti da un disturbo mentale; *Positive Aspects*, ovvero gli aspetti positivi legati all'esperienza acquisita dal disturbo, come ad esempio l'essere più sensibili verso le problematiche delle altre persone.

La *RBANS* (*Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status*, Randolph, 1998) è una batteria neuropsicologica breve e completa, composta da due forme (“A” e “B”) di identica difficoltà, ognuna divisa in 12 subtest da somministrare individualmente per valutare 5 differenti domini cognitivi: l'attenzione, il linguaggio, l'abilità visuospatiale e visuocostruttiva, la memoria immediata e la memoria differita. Permette una valutazione neuropsicologica in pazienti dai 20 agli 80 anni, colpiti da trauma cranico o ictus, o affetti da demenza o problemi psichiatrici. Ognuna delle due forme A e B è composta da 12 subtest da somministrare nell'ordine proposto dal protocollo: Apprendimento lista di parole, Memoria di prosa, Copia di figura, Orientamento di linee, Denominazione, Fluenza Semantica, Memoria di Cifre (*Digit Span*), Associazione di Simboli a Numeri, Rievocazione Lista di Parole, Riconoscimento Lista di Parole, Rievocazione di Prosa, Rievocazione di Figura.



La somministrazione completa dei 12 subtest fornisce altrettanti punteggi grezzi, la cui combinazione fornisce un punteggio indice specifico del dominio cognitivo.

La *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* è una scala etero somministrata che consiste di 24 item riguardanti: comportamenti osservati durante l'intervista (quali manierismo e rallentamento motorio) e contenuti emersi durante l'intervista (quali ansia, umore depresso, appiattimento affettivo). Il punteggio viene attribuito per ciascun item su di una scala a 7 punti ("non valutato", "assente", "lieve", "lieve-moderato", "moderato-grave", "grave", "estremamente grave").

Le analisi statistiche descrittive e inferenziali sono state effettuate con il programma SPSS v20 r Windows©. Il *test di Kolmogorov-Smirnov* è stato utilizzato per verificare la normalità della distribuzione delle variabili prese in esame. L'analisi descrittiva del campione ed i confronti tra gruppi sono stati effettuati con test statistici non parametrici (*ANOVA*

**Tabella 5.I.** Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione.

	<b>Gruppo Cinema (n=27)</b> Media (d. s)	<b>Gruppo di Controllo (n=25)</b> Media (d. s)	<b>Differenze tra i gruppi</b>
Età	32. 24 (9. 10)	33. 85(9. 60)	n. s
Istruzione (anni)	10. 81 (3. 49)	9. 67(2. 18)	n. s
Età d'esordio	23. 46 (6. 50)	26. 26(8. 05)	n. s
Maschi (%)	64. 9%	55. 6%	n. s
Single (%)	81. 1%	59. 3%	<b>p&lt;0. 05</b>
Disoccupati (%)	64. 3%	72. 4%	n. s
Dipendenti da Alcool (%)	20, 3%	18, 7%	n. s
Dipendenti da sostanze stupefacenti (%)	16, 4%	17, 1%	n. s
<b>Performance cognitiva al baseline</b>			
R-BANS punteggio totale	65. 92(16. 33)	61, 34(13. 20)	n. s
Attenzione	66. 4(23. 10)	60. 31(20. 03)	n. s
Linguaggio	71. 04(17, 49)	72. 12(18. 89)	n. s
Abilità Visuospatiali	72. 08(24, 89)	68. 93(25. 39)	n. s
Memoria Immediata	67. 52(17. 64)	61. 06(18. 00)	n. s
Memoria Differita	75. 8(22, 70)	76. 43(23. 50)	n. s
<b>Valutazione psicopatologica al baseline</b>			
BPRS-24 Punteggio totale	47. 41(9. 77)	48. 20(13. 12)	n. s
<b>Diagnosi</b>			
Disturbo Depressivo Maggiore (%)	9 (33, 33%)	9 (36%)	n. s
Schizofrenia (%)	8 (29, 63%)	8 (32%)	n. s
Disturbo Bipolare (%)	10 (37, 04%)	8 (32%)	n. s
<b>Trattamento (numero di pz)</b>			
Antidepressivi	(15)	(14)	n. s
Stabilizzatori dell'umore	(20)	(21)	n. s
Antipsicotici	(11)	(10)	n. s

di Kruskal-Wallis, *Mann-Whitney U-Test* per confronto tra medie), mentre test parametrici sono stati utilizzati per il confronto di frequenze (*Chi square Test*).

È stata fissata la soglia di significatività al 5% ( $p=0,05$ ).

Sulla Tabella 5.I si possono osservare i dati clinici e sociodemografici del campione. Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i pazienti del gruppo 1 (cinema e psicoeducazione) e i pazienti del gruppo 2 (gruppo di controllo) riguardo a: età, età di esordio del disturbo mentale, livello d'istruzione, genere, tasso di disoccupazione, abuso di alcol e abuso di sostanze stupefacenti. Anche la distribuzione delle diagnosi nei due gruppi e il trattamento farmacologico assunto, non ha mostrato differenze statisticamente significative. Abbiamo trovato una differenza significativa tra i due gruppi riguardo allo stato civile ( $p<0,05$ ). Per quanto riguarda i punteggi ottenuti nella scala di valutazione neuropsicologica (RBANS) non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi. Anche la valutazione delle condizioni psicopatologiche (BPRS) non ha mostrato differenze significative intergruppo.

Circa la *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)*, i pazienti appartenenti al gruppo 1 (Cinema e Psicoeducazione) hanno mostrato una diminuzione del punteggio nella sottoscala della Consapevolezza statisticamente significativa rispetto al gruppo 2 (gruppo di controllo) sia riguardo alla condizione di malattia attuale che riguardo a quella passata ( $p<0,05$ ). Anche nelle sottoscale Consapevolezza di Malattia e Consapevolezza degli Effetti Ottenuti con un Trattamento abbiamo trovato una diminuzione dei punteggi nel gruppo 1 statisticamente significativa rispetto al gruppo 2 sia riguardo alla condizione di malattia attuale che riguardo a quella passata ( $P<0,05$ ). La riduzione del punteggio in queste sottoscale coincide con un aumento della dimensione indagata.

Sulla Tabella 5.II si vede invece come i due gruppi non abbiano mostrato differenze significative nelle sottoscale Attribuzione e Consapevolezza delle Conseguenze Sociali Dovute al Disturbo Mentale.

Alla Stigma Scale i pazienti appartenenti al gruppo 1 hanno mostrato una diminuzione del punteggio nella sottoscala della Disclosure statisticamente significativa rispetto al gruppo 2 ( $p<0,05$ ). La riduzione del punteggio in questa sottoscala coincide con un aumento della dimensione indagata. Tutte le altre sottoscale e il punteggio totale non hanno mostrato differenze significative intergruppo (Tabella 5.III).

Potremmo concludere che i nostri risultati inclinino a considerare come gli stereotipi cinematografici possano influenzare in maniera cruciale quelli della vita reale. Lo stigma, sia pubblico che autoriferito, può essere considerato un prodotto culturale delle rappresentazioni stereotipate che frequentemente vengono veicolate dai mass media, e nello specifico nelle sale cinematografiche. Anche la consapevolezza di malattia può essere influenzata dai messaggi negativi trasmessi dai media, con conseguenze di forte impatto sul decorso di malattia del paziente affetto da un disturbo psichiatrico (Associazione Italiana Lotta Allo Stigma).

La rilevanza dell'argomento ha attirato l'attenzione di numerose organizzazioni nazionali che, attraverso importanti campagne di informazione, stanno promuovendo interventi antistigma di grande portata.

**Tabella 5.II.** Consapevolezza di malattia.

INSIGHT SUMD	Gruppo Cinema (n=27)		Gruppo di Controllo (n=25)		Differenze tra i gruppi
	Baseline Media (d. s)	Follow Up Media (d. s)	Baseline Media (d. s)	Follow Up Media (d. s)	
<i>Consapevolezza</i>					
Malattia Attuale	2. 05(0. 87)	1. 30(0. 57)	2. 12(0. 92)	2. 03(0. 71)	<b>p&lt; 0. 05</b>
Malattia Passata	1. 98(0. 89)	1. 30(0. 57)	2. 13(0. 94)	2. 03(0. 71)	<b>p &lt; 0. 05</b>
<i>Attribuzione</i>					
Malattia Attuale	2. 53(1. 00)	2. 23(0. 62)	2. 49(0. 90)	2. 28(0. 78)	p= 0. 5
Malattia Passata	2. 39(1. 01)	2. 32(0. 71)	2. 38(0. 90)	2. 28(0. 78)	p=0. 8
<i>Item I</i>					
Malattia Attuale	2. 55(0. 92)	1. 28(0. 71)	2. 53(1. 12)	2. 41(0. 75)	<b>p&lt;0. 05</b>
Malattia Passata	2. 61(0. 91)	1. 28(0. 71)	2. 53(1. 12)	2. 41(0. 75)	<b>p&lt;0. 05</b>
<i>Item II</i>					
Malattia Attuale	2. 44(0. 92)	1. 33(0. 68)	2. 40(1. 18)	2. 00(0. 89)	<b>p&lt;0. 05</b>
Malattia Passata	2. 50(0. 90)	1. 33(0. 68)	2. 40(1. 18)	2. 00(0. 89)	<b>p&lt;0. 05</b>
<i>Item III</i>					
Malattia Attuale	2. 44(1. 04)	2. 50(0. 78)	2. 33(1. 11)	2. 15(0. 79)	p=0. 9
Malattia Passata	2. 50(1. 04)	2. 50(1. 02)	2. 33(1. 11)	2. 15(0. 79)	p=0. 9

**Tabella 5.III.** Le 3 dimensioni dello Stigma.

STIGMA The Stigma Scale	Gruppo Cinema (n=27)		Gruppo di Controllo (n=25)		Differenze tra i gruppi
	Baseline Media (d. s)	Follow Up Media (d. s)	Baseline Media (d. s)	Follow Up Media (d. s)	
Apertura	27 (10. 1)	20 (8. 2)	26. 5 (9. 9)	27. 2 (10. 2)	<b>p&lt;0. 05</b>
Discriminazione	34. 08 (10. 8)	30. 02 (10. 2)	33. 17(10. 5)	32. 4(10. 4)	p=0. 6
Aspetti Positivi	12. 72 (3. 5)	9. 4 (3. 1)	13. 52 (3. 8)	11. 6 (3. 7)	p=0. 09
Punteggio Totale	73. 8 (20. 2)	59. 6 (17. 3)	73. 19 (20. 01)	71. 2 (19. 8)	p=0. 07

Il governo australiano ha di recente stilato delle linee guida (*Reporting Suicide and Mental Illness, a resource for media professionals*, 2006) per i professionisti del settore delle comunicazioni, al fine di fornire gli strumenti necessari per migliorare la qualità delle informazioni sul tema della salute mentale. Il report, disponibile per chiunque voglia approfondire l'argomento, (<http://www.mindframe-media.info/for-media/reporting-suicide/Downloads/?a=5139>), ha permesso di modificare sensibilmente la modalità di comunicazione e di rappresentazione del paziente psichiatrico attraverso i principali media australiani. Sulla falsariga dell'iniziativa australiana, il governo inglese ha recentemente finanziato un intervento antistigma dal nome *Time to Change* (<http://www.time-to-change.org.uk/>) che, attraverso youtube, facebook e twitter, permette ai pazienti che soffrono di un disturbo

mentale di condividere le problematiche sociali legate allo stigma e di identificare delle soluzioni attraverso il dialogo aperto con professionisti del settore.

Il nostro intervento, attraverso la ridefinizione e la discussione dei contenuti presenti all'interno delle pellicole cinematografiche, si propone pertanto di ridurre lo stigma autoriferito e di modificare alcune convinzioni che spesso accompagnano, sotto forma di "falsi miti", la malattia mentale.

I risultati appaiono promettenti, sebbene ottenuti su un campione limitato di soggetti, e nonostante l'assenza di una randomizzazione e di un disegno a doppio cieco che riduce la potenza dei risultati. Una randomizzazione non è stata possibile a causa delle caratteristiche del turnover dei pazienti all'interno del Day Hospital Psichiatrico. L'assenza del doppio cieco è stata parzialmente sopperita dalla presenza di un valutatore cieco alla distribuzione dei pazienti nei due gruppi.

Sicuramente tuttavia la riduzione della dimensione *disclosure* della Stigma Scale, osservata nel campione di 27 pazienti sottoposti all'intervento "Cinema e Psicoeducazione", è indicativa di una migliore disposizione del paziente ad affrontare il tema della sua malattia. Questo si potrebbe tradurre, dal punto di vista clinico, in una maggiore capacità di rivolgersi al terapeuta alla comparsa delle prime avvisaglie di una ricaduta di malattia e, in generale, in una migliore capacità di comunicazione delle difficoltà legate alla gestione del disturbo. Il miglioramento delle scale legate alla consapevolezza di malattia e alla consapevolezza dei benefici ottenibili tramite il trattamento, guardano nella stessa direzione del miglioramento osservato nei livelli percepiti di stigma e rappresentano degli importanti fattori prognostici positivi.

L'assenza di differenze significative tra i due gruppi di pazienti in termini di condizioni psicopatologiche e funzionamento cognitivo, fanno supporre che il miglioramento osservato sia attribuibile all'intervento di psicoeducazione proposto.

La presenza nei due gruppi di diagnosi eterogenee non sembra rappresentare un problema di particolare importanza a causa del carattere trans-nosografico delle dimensioni "insight" e "stigma".

I film permettono di ottenere un canale di comunicazione più diretto con il paziente; le informazioni proiettate sulla pellicola cinematografica hanno un impatto ben diverso da quello ottenibile con dei semplici incontri di gruppo. La condivisione e la ridefinizione di esperienze, passando per un canale al contempo impersonale ma profondamente identificante, come quello del personaggio in celluloide, potenziano l'effetto e facilitano la trasmissione dei contenuti a stampo psico-educativo.

## APPENDICE

### Cinema, psichiatria, psicoanalisi\*\*

#### Il Convegno\*\*\*

*Gabriella Facioni\**

Lo scorso 26 giugno si è svolto il Convegno dal titolo  
**Cinema, Psichiatria e Psicoanalisi-Esperienze nel Day Hospital  
psichiatrico dell'Umberto I – Sapienza Università di Roma**



(da sinistra: Biondi, Castellitto, Sesti, Coccanari de' Fornari).

All'inizio degli anni '80 nasce all'interno della Clinica delle Malattie Nervose e Mentali del Policlinico Umberto I il Day Hospital Psichiatrico. Una delle primissime realtà per la gestione manicomiale della follia, dopo l'introduzione della cosiddetta "legge Basaglia".

\* Ufficio Stampa Policlinico Umberto I.

\*\* (per gentile concessione di policliniconews del Policlinico Umberto I).

\*\*\* Foto di Roberto Petitti.

Da allora la strada è stata intensa e ricca di novità sul piano psicoterapeutico ed oggi le si è reso omaggio con la IX edizione della giornata di studio dedicata al “Gruppo visione e commento di film nel trattamento integrato presso il Day Hospital psichiatrico del Policlinico Umberto I di Roma”. Un lavoro, questo, giunto al suo decimo compleanno. Il cinema, con la sua inesauribile dimensione di test proiettivo d'identità e ideale dell'Io, appare un mezzo espressivo molto adatto a introdurre, anche attraverso la discussione che segue alla visione, nuove prospettive e indicazioni di *coping*. Su questa esperienza decennale, sono state pertanto condotte numerose ricerche finalizzate a pubblicazioni, presentazioni e convegni esterni, volte a evidenziare gli aspetti terapeutici di questa tecnica.



Ad organizzare la IX edizione della giornata di studio è il gruppo di Day Hospital Psichiatrico, diretto dal Prof. Massimo Biondi, professore Ordinario di Psichiatria e Direttore dell'area di Salute Mentale al Policlinico Umberto I, Day Hospital di cui è Responsabile la Prof. ssa Maria Antonietta Coccanari de' Fornari.

Tanti i relatori che hanno dato un contributo notevole per spiegare e valorizzare quanto questo tipo di terapia sia importante per i pazienti. Tra gli ospiti, l'attore e regista italiano Sergio Castellitto, che ha presentato uno dei suoi ultimi lavori televisivi dedicati alla psichiatria, dove veste i panni di uno psicologo. Castellitto è il dottor Giovanni in *In Treatment – L'appuntamento*, la versione italiana dell'omonima serie cult nata in Israele e portata al successo negli Stati Uniti (dove il terapeuta era interpretato da Gabriel Byrne). L'attore italiano, a differenza di Byrne, ha voluto dare una immagine più dolce e positiva



del personaggio. “Giovanni è l’uomo che cura e si cura attraverso gli altri” spiega Castellitto durante il suo intervento. “Credo che sia questo l’aspetto affascinante di questo personaggio. Lui è un uomo che ascolta. Quando me l’hanno proposto – continua Castellitto – ho pensato che sarebbe stata una grandissima occasione, un impegno notevole, che ha trovato il riscontro degli psichiatri che utilizzano il cinema come mezzo

terapeutico”. A fianco di Castellitto c’è Mario Sesti, critico cinematografico, regista e giornalista. Lui ci parla del linguaggio: “il piano d’ascolto – ci dice – è stato inventato dal cinema, quando ci ha insegnato a leggere sul viso”.

Grande sensibilità da parte della Dott. ssa Amalia Allocca, direttore Sanitario del Policlinico Umberto I, che ha tenuto a ricordare quanto il Policlinico e in particolare, la Clinica Psichiatrica, sia da sempre impegnata nell’introdurre novità in ambito terapeutico, tanto che già dagli anni ’80 l’obiettivo di restituire al paziente psichiatrico la dignità, riguardava soprattutto un lavoro che doveva essere fatto al di fuori dei nosocomi manicomiali. “Il cinema, come ad esempio *La donna che visse due volte* uno dei film cult diretti da Alfred Hitchcock”, è da sempre fonte di esempi e studi psichiatrici. Il cinema riesce ad introdurre il paziente psichiatrico nella realtà, un miracolo».

Anche il Prof. Massimo Biondi, entusiasta del lavoro che la Prof. ssa Coccanari ha ormai avviato da tempo nel Day Hospital di Psichiatria, ritiene che la visione di film, scelti con cura come strumento terapeutico di gruppo, persegue due fondamentali obiettivi. Il primo è ridurre la solitudine del paziente, che invece commenta e si relaziona (parliamo di pazienti che hanno raggiunto una certa stabilità sia sul piano psicologico che emotivo). Il





secondo obiettivo è invece quello di esportare, far conoscere al di fuori l'attività scientifica di studio e di approfondimento, tramite convegni, congressi e giornate di studio come quella che ha visto tanti protagonisti in questa occasione. Il Prof. Biondi sottolinea quanto sia importante, non solo sfornare psicoterapeuti, ma dare loro strumenti e metodi nuovi. Allo stesso modo è importate l'attività di gruppo. Tra i relatori che hanno partecipato alla giornata, il Prof.

Ignazio Senatore, docente di Psichiatria all'Università di Napoli Federico II, Presidente della sezione Cinema della Società Italiana di Psichiatria e Critico Cinematografico. "Il cinema – ci dice – si prende cura di noi, ci fa emozionare, ci fa identificare con un personaggio. Il cinema lascia sempre qualcosa, in quanto non è solo parole ma anche immagini. È scena, è visione ed è uno strumento valido per i pazienti psichiatrici per aiutarli ad uscire dalla gabbia che loro stessi si sono creati". Soddisfatta dell'incontro la Prof. ssa Maria Antonietta Coccanari, ideatrice con il Prof. Massimo Biondi di questa attività.





“La terapia – ci dice – attraverso la visione e il commento dei film è un valido strumento utilizzato anche nella riabilitazione integrata vale a dire l'utilizzo di farmaci e della psicoterapia individuale o di gruppo”. Grande rilievo ha anche l'attenzione culturale di cui si occupa anche il Prof. Lorenzo Tarsitani, anche lui Psichiatra al Policlinico Umberto I, Università di Roma.

Grazie alla Prof. ssa Coccanari al Prof. Biondi e a tutta l'équipe del day hospital di Psichiatria, che con tutto l'impegno possibile aiutano, sostengono e cercano di restituire vita e dignità a chi cammina nel buio e cerca di raggiungere uno spiraglio di luce, magari grazie anche alla pellicola di un film di qualità.



Ignazio Senatore

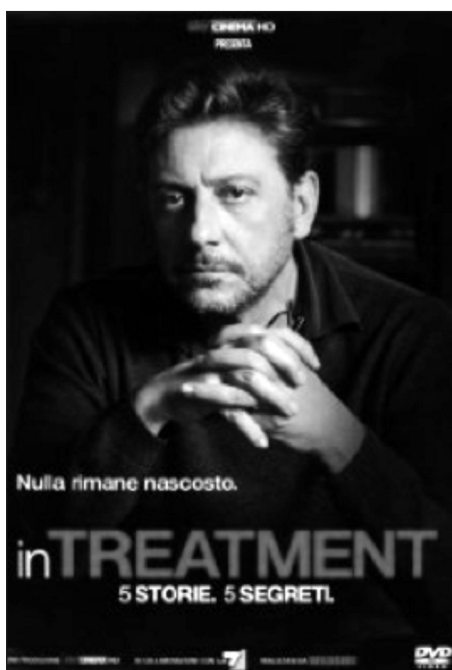




## DIALOGO SU CINEMA PSICHIATRIA E PSICOANALISI

INCONTRO CON SERGIO CASTELLITTO E MARIO SESTI

**Sesti:** Caro Castellitto, possiamo dire di avere una certa consuetudine a dialogare sul Cinema. Tu sei reduce da una esperienza di grande successo sia di pubblico sia per quanto attiene alla riflessione sul linguaggio: *In Treatment*, la serie televisiva trasmessa in 12 versioni in altrettanti Paesi. L'esperienza originaria è israeliana. Sergio è nei panni di un terapeuta. Vorrei allora chiederti sul tuo essere attore, che ha tante implicazioni. Va a sovrapporsi (non dico contaminare) l'esperienza del lavoro alla soggettività, dato che il tuo è l'unico mestiere al mondo che consenta pienamente l'espressione dell'Io multiplo e in cui devi usare il



“come apparì” piuttosto che il “come sei”. Iniziamo anche in maniera banale per così dire: non è la prima volta che il terapeuta appare sullo schermo, a partire dagli anni '40, soprattutto a Hollywood, dove, come disse Freud, portiamo “l'inferno dentro” a contaminare l'immaginario. Negli ultimi anni anche il piccolo schermo ha offerto esempi e ha saputo sviluppare complessità di scrittura e anche di linguaggio in precedenza inconsueti nella produzione cinematografica. E allora ti chiedo: secondo te, come si spiega un successo così grande, quello di questa serie, in contesti culturali tanto diversi, in molte società spesso molto lontane l'una dall'altra?

**Castellitto:** La parola. Credo che il successo di *In Treatment* si possa spiegare in

questo modo: in assoluto la riconsegna della straordinaria dignità alla forza della parola in sé. Ma la parola è immagine. In questo senso recitare è dissotterrare le immagini che stanno dietro le parole. In un mondo in cui siamo abituati a un certo uso di esse, a un certo uso del ritmo. Improvvisamente un essere umano si siede e attraverso soltanto i suoi occhi, attraverso soltanto le parole (la quintessenza della recitazione è il “piano d’ascolto”) riesce a ricattare l’attenzione che è soprattutto arcaica, che non è moderna nel senso spicciolo della parola, ma sta dentro di noi. Un’urgenza, io direi, in qualche modo primaria. Allora, volendo usare un linguaggio musicale, *In Treatment* è una partitura per parole e silenzi, dove i silenzi sono dei boati. Le pause, la difficoltà di parlare che spesso il paziente ha. E allora quei blocchi, quei silenzi, quel cercare la parola, sono la cosa che fa più rumore. M’inorgoglisce molto quel successo lì. Come dire, si riconsegna allo spettatore, con la pretesa di parlare al cuore, una sua parte un po’ sopita. Intanto interessante, secondo me, è che *In Treatment* se la inventa un attore israeliano. È il figlio di Moshe Dayan. Padre generale, una specie di Achille vittorioso che ha attraversato i campi di battaglia. Questo figlio in realtà mette in scena la guerra che non è la guerra d’Israele, quella guerra alla quale Israele è abituata da sempre, ma è una guerra intima, quegli inserti interiori che ciascuno di noi vive quotidianamente. Questo l’ho trovato sempre molto interessante. Poi il successo. In realtà la formula da noi è stata inventata. Quella a cui ci siamo un po’ rifatti è quella americana, più borghese, con il classico “strizzacervelli”. Invece, quella israeliana è mediterranea, più violenta, più volgare tra virgolette. Dicevamo, questa partitura per parole e silenzi: io mi sono avvicinato, mi sono preparato a questo progetto soprattutto pensando ai silenzi, a questa capacità di ascolto, dato che chiunque mette in gioco tendenzialmente questa pretesa di essere ascoltato. In fondo pensiamo a ciascuno di questi pazienti. Ogni paziente della serie era un attore; e l’attore è anche un paziente perché vive sul palco la sua nevrosi. Perciò, senza fare nomi, gli attori non erano così lontani da quello che stavano raccontando, portando nella finzione, non in termini biografici, per carità, ma sicuramente in termini simbolici, le loro nevrosi. Che cosa fanno quei pazienti-attori? Recitano. Per questo i personaggi sono stati tutti molto convincenti. Poi, secondo me tutte le parole sono vere, anche quelle inventate, ogni parola è sostanzialmente vera nel momento in cui viene pronunciata. Il venerdì che cosa succede? Che il Dr. Jeckyll diventa Mr. Hyde, e va. Poi sorvolo sul fatto se dal punto di vista professionale questo sia legittimo o meno. Ora, ci sarà sicuramente da ridere, come farebbero *“Medici Senza Frontiere”* che inorridirebbero se vedessero un film sui loro interventi. Non dimentichiamo tuttavia che l’opera, infine, è anche e soprattutto intrattenimento. Interessantissimo, altissimo, coltissimo. Ma intrattenimento. Una cosa interessante è chiedersi se il paziente racconta al terapeuta proprio la sua storia. È vera o non è vera? È uno stratagemma del suo Inconscio o non lo è? Un’altra cosa interessante è che per nostra cultura noi siamo abituati anche a un’altra confessione. Quella istituzionale: è la Confessione religiosa. Che prevede però il perdono. Mentre la Psicoterapia, dicevamo, prevede l’Ascolto. Ecco, questi passaggi secondo me hanno decretato gran parte del successo della serie: quando si ha bisogno di parlare, e di parlare in quel modo, di usare proprio quelle parole e non altre.

**Sesti:** Tu hai usato questa espressione che dal punto di vista del linguaggio per me è fondamentale: hai parlato di come l'attore interseca la biografia con il suo lavoro. E, cosa molto interessante per me che mi occupo di cinema, è, come dicevi, il "piano di ascolto". Il "piano di ascolto" è una tecnica che ha inventato il Cinema. A teatro il "piano d'ascolto" non esiste, perché in realtà non c'è la possibilità di concentrarsi su qualcuno e di leggere sul suo volto le reazioni a ciò che viene detto da qualcun altro. È la tecnica. Nel bel libro di David Thomson, si sottolinea quanto il Cinema ci abbia insegnato a saper leggere sul primo piano ciò che succede all'interno della persona. Non si tratta solo di lineamenti, di bellezza, ma di tutto ciò che è più nascosto, implicito, che sta passando su questo viso. La forza di quella cosa è in questo esempio: il teatro è la prima forma che la televisione ha provato a sperimentare, è quella più vicina. All'inizio la televisione non aveva la possibilità di registrare, era fatta tutta dal vivo. I grandi registi del passato, per esempio Ken Loach, lo stesso Fellini e altri, per ore e ore si sono fatti le ossa soprattutto così. Poi questo è pressoché scomparso. La forza della serie di *In Treatment* è che viene recuperato tutto questo, con una sorta di modalità darwiniana, quello che era apparso tanto tempo fa riattivando focolai di Cinema molto forti. E Sergio Castellitto così come Ingmar Bergman, ha capito come era possibile, in una serie del genere, fare cento espressioni diverse. Come è stato, quindi per Sergio Castellitto vedersi "ascoltare"?

**Castellitto:** Credo che sia una cosa difficile. Intanto si ascolta anche facendo cadere una mela. E quindi in realtà quella immobilità, il vedere quell'attore seduto per mezz'ora, è una immobilità esplosiva. Parla di micro dettagli, e quella è la cosa appassionante. Se tu lo vedi, lo rivedi, c'è una serie di microstimoli, cortocircuiti, che non è soltanto abbassare gli occhi. La sfida è anche andare a cercare altri modi di conquistare. In qualche modo sì, questa è stata la cosa più interessante. Io certe volte mi arrabbiavo (*improvvisamente tuona il temporale*. "Sembra di stare in Frankenstein Junior" sorride Sesti, "e adesso entra anche la saetta" sorride Castellitto. E tutto il pubblico ride alla sincronicità, dato che si parlava appunto di silenzi e boati. NDR). Io mi arrabbiavo quando vedevo i primi episodi. Dicevo, a me non interessa che mi si tenga il campo quando parlo, a me interessa che la macchina da presa sia sui miei occhi. Tu dicevi che infatti in teatro non esiste il piano d'ascolto. Esiste la controcena: l'attore che ti sta a fianco fa dei gesti e allora tu guardi lui. La controcena nel cinema la decide il montaggio, questa ennesima manipolazione la scrittura definitiva. È il montaggio che scrive definitivamente la partitura per parole e silenzi. In fondo la resa degli episodi è molto semplice, è fornita in maniera molto naturale. Però c'è un lavoro molto complesso dietro: scrittura, recitazione. E la recitazione è una scrittura, è una delle scritture. Questo è il mio corpo, questa è la mia penna, se parla l'attore. E io riscrivo quelle parole perché se io le dico in quel modo, se metto la virgola prima o dopo, la pausa prima o dopo, arriverà a te dando un senso. E io decido in qualche misura che senso farti arrivare. Insomma, è un conflitto. Recitare è un conflitto. Mentre venivo qui, pensavo: c'è una relazione tra attore e personaggio. Molto forte. Come tra analista, tra psicoterapeuta e paziente. Allora una domanda, che faccio anche a te, giocando, ma mica tanto: chi è tra l'attore e il personaggio, lo psicoterapeuta e il paziente? L'attore recita quel personaggio e lo fa vivere in un certo modo o guarisce grazie al fatto che s'infil

nel cavallo di Troia di quel personaggio, si nasconde là dentro e dice la sua opinione sulle cose con parole scritte da altri? Sì, c'è una relazione. Io dicevo una volta che l'attore dovrebbe essere il migliore avvocato del suo personaggio. Pensa che straordinaria cosa poter mettere in scena un assassino. Si dice, che nel cinema i cattivi sono più interessanti dei buoni perché non puoi avvalerti della pietà. Però la pietà puoi andartela a cercare in qualche modo. C'entra in qualche misura con quello che diciamo. Una delle più interessanti interpretazioni, anche in termini psicoanalitici, negli ultimi dieci anni credo che sia stata quella di Bruno Ganz in Hitler. Facile, basta farlo cattivo, basta farlo spietato. Sì, ma Hitler guardiamo come mangia la minestra. Come mio nonno. È molto interessante. Ecco in questo senso l'attore può diventare davvero una specie di lente. Qui siamo in una Sala d'Anatomia dove c'è il ricordo dei corpi sezionati. Immaginiamo che qui ci sia il corpo dell'attore o il corpo del personaggio, c'è una forte relazione tra le due cose!

**Sesti:** Inoltriamoci un passo più avanti. Un po' ho letto, un po' mi è capitato di sentire, che un terapeuta non dovrebbe mai perdere la pazienza. Un terapeuta dovrebbe avere un equilibrio. Ma la tua, in realtà, è la storia di un terapeuta in crisi. Questa è una serie che dura nel tempo. Sarebbe bello che ci raccontassi le variazioni.

**Castellitto:** Nella prima serie accadde una cosa che fa la differenza: noi girammo tutti gli episodi; ora, il santo laico, il terapeuta era quello che prende su di sé, sulle sue spalle, tutte le ansie, tutte le angosce di tutti, e di quella che s'innamora di lui, e di quell'altro che non va d'accordo con la propria moglie e quant'altro, e tutto questo venne girato piuttosto in sequenza. Soltanto alla fine del film, nelle ultime 2 settimane, girammo l'altra parte, l'altra faccia della luna. Quest'uomo esce va dalla sua supervisore e vomita davanti alla sua supervisore, contro la sua supervisore, tutta la ferocia che in qualche modo aveva raccolto nel corso del tempo. Ricordo che mi colpì molto una battuta che io dissi a un certo punto "Se i pazienti sapessero quanto li detesto, non verrebbero più da me, non prenderebbero più appuntamenti". Però quella fu una chiave molto interessante non tanto perché questa cosa lo umanizzava, ma quanto meno non lo santificava. È un altro sguardo sulla relazione. Quindi uno dice: si va in psicoterapia per guarire. Ma guarire da che? Teniamocela bella stretta la nostra follia, no? Forse si va per capire, per avere qualche strumento in più per comprendere la sofferenza e il dolore che oltre un certo grado passa il confine psicologico. Ad ogni modo è questa conflittualità lasciata aperta che secondo me è molto interessante, che non è lontana da quanto accade anche per l'attore e il suo personaggio. Ricordo che all'inizio della mia carriera c'era un mio amico studente di Medicina, al quale feci vedere un copione che mi avevano affidato. Gli dissi, guarda, io dovrei fare questa parte, mi fai una cartella clinica? E lui leggeva il copione e diceva "Mah, secondo me questo ha dei grossi problemi di fegato, questo è troppo invidioso". In maniera molto sommaria, ma molto interessante. Questo mi consentiva di partire dal comportamento, che è la prima cosa che noi vediamo, come gli altri si comportano, come si chiudono, come si aprono. E poi da lì, come una sorta di cannocchiale al contrario si andava a scendere fino al fondo.

**Sesti:** Quel che dici mi portava a chiedermi una cosa: ho visto tutte e tre le serie. È vero che in tutte il momento di massima conflittualità paradossalmente è il dialogo tra

due professionisti, tra due terapeuti, il momento in cui ci si affronta senza pietà. Invece se c'è una differenza rispetto alla serie americana, è il fatto che a un certo punto tu, come un risarcimento, ti ritagli un tuo spazio di umanità tra tutto questo mare di dolore di pena forse d'impotenza: con un colpo di destrezza, con un colpo di reni sei tu che nonostante tutto riesci a trovare quel modo con cui i dolori possono essere attenuati. Questa è una cosa che ti appartiene, è una tua interpretazione o è presente letteralmente nel copione?

**Castellitto:** Al di là della precisione, della consapevolezza, della professionalità, della coerenza agli schemi professionali, io volevo comunque consegnare una dolcezza di fondo. Proprio perché gli argomenti sono alti e crudeli. Io credo che se il personaggio ha avuto successo, l'ha avuto anche grazie a quest'attenzione per così dire sentimentale all'intelligenza. Io non sono un attore ideologico. Sono quello che tende più che altro a voler trovare una via d'uscita, una possibilità. *Attachant*. Deve essere anche *attachant*. Dev'essere, come dire, affettuoso. E penso di aver fatto bene. Gabriel Byrne, è un attore magnifico, ha però quella freddezza anglosassone, quella distanza, che fa lo stile di quel mondo. Così come il personaggio della serie americana era un pilota americano che aveva i sensi di colpa perché aveva bombardato un villaggio e aveva ucciso bambini iracheni durante la guerra, allo stesso modo se facciamo la versione italiana dobbiamo appoggiarci a qualche cosa che sia vicina al nostro mondo. Noi non abbiamo la guerra, noi abbiamo la mafia. Adeguare la serie vuol dire anche metterci dentro quelli che sono i nostri modi, i nostri colori, ecco.

**Sesti:** Senti. Ora entriamo proprio nel cuore di ciò che c'interessa tra Cinema e Psicoanalisi. Tu hai detto prima giustamente: la centralità della parola. Io ricordo che quando facemmo un incontro con Al Pacino a Roma al Festival del Cinema, lui disse "All'inizio della storia di un attore c'è l'amore per le parole".

**Castellitto:** Solo. Innanzitutto.

**Sesti:** Credo che questa cosa qui si possa dire anche, e non vorrei lanciarmi in un'affermazione apodittica, per l'esperienza arcaica di empatia, di vitalità, di comunicazione tra il terapeuta e il suo paziente. Anche lì credo che ci sia una forma di piccola sensualità. Credo che le parole che ci si scambia abbiano un'affettività. E una cosa importante che riguarda anche l'attore è proprio quest'amore per dire le cose nella maniera giusta, come una forma di sensualità della parola stessa.

**Castellitto:** Sì, è un equilibrio difficile da trovare perché devi parlare e contemporaneamente devi spiegare. Devi insegnare. E devi imparare. Ripeto, questo lo devi fare contemporaneamente, perché tu ascolti e impari qualcosa dal paziente che ti ha raccontato un pezzo della sua vita, e in quel momento, come dire, scannerizzi quell'informazione, e gliela riconsegna attraverso la domanda successiva o attraverso il silenzio, le pause, come la partitura che dicevamo prima. Le parole. Non sono soltanto le parole. Le parole sono "come" tu le dici. Io dico "Essere o non essere questo è il problema". Ognuno di noi si è fatto una immagine di questo "essere o non essere". Essere o non essere è l'odio per il professore o quant'altro. La parola è la stessa. Ma se io l'appoggio in un certo modo

e non in un altro, forse io riesco a condizionare l'immagine che ciascuno di noi dissotterra con le parole. Non so se sono riuscito a spiegarmi. Silenzio – assenso?

**Sesti:** Un'altra delle grandi analogie che io vedo tra il tuo mestiere e il mestiere del terapeuta è quella – non so come definirla, l'attività prensile dell'intuito –, è quella relativa al momento in cui uno capisce qual è la sua maschera. Qual è la maschera che si agita anche all'interno tra i fantasmi del paziente. E lì la interpreta e la rivela; e credo che questo sia insito anche al lavoro dell'attore quando si trova sul set al di là del personaggio. Qual è effettivamente quel tipo di struttura primordiale soggettiva – padre e figlio e fratello, etc. – che in quel momento, nella tensione con gli altri personaggi, deve indossare?

**Castellitto:** La recitazione è una continua manipolazione che deve arrivare a un risultato di "verità" che poi la verità è un concetto abbastanza relativo soprattutto in questo campo qui. Devi arrivare a una intuizione, devi arrivare alla possibilità di toccare una ferita certo non con l'intento di guarirla, ma di capirla, lavarla. Però è una continua autentica manipolazione. Vi racconto un segreto che è apparentemente legato a una difficoltà, a un problema che bisognava risolvere. In realtà io ebbi l'intuizione che questo sarebbe diventato una delle chiavi della recitazione. C'erano tre macchine accese su di me e per 25 minuti io recitavo e ascoltavo gli altri attori in controcampo. Quindi con una modalità in diretta, teatrale quasi. Naturalmente girando un episodio al giorno io non avevo il tempo fisico d'imparare a memoria. Mentre gli altri attori recitavano tre giorni, poi avevano una settimana libera per preparare gli episodi della settimana successiva, io non avevo proprio il tempo fisico, dicevo, per poter studiare. Allora io ho detto: datemi una pulce, me la infilo nell'orecchio. E c'era un ragazzo che aveva passato giorni dentro un container a ripetere sottovoce "Essere o non essere, essere o non essere" e io gli dicevo "Essere o non essere, certo, questo è il problema" (*Castellitto lo dice con tono di bonaria saggezza, con una sfumatura d'ironia*. NdR). Questo è molto interessante. Quello che è arrivato è un ottimo risultato. Ma attraverso una grande straordinaria manipolazione.

**Sesti:** Volevo farti alcune domande: primo, se sei mai stato in terapia (*il pubblico naturalmente ride*. NdR); due, se nella serie c'erano dei consulenti terapeuti. I consulenti sono quelle figure che una volta che li prendi poi è difficile liberartene. Vorrei capire come è stata approcciata la parte dell'autorevolezza tra virgolette scientifica.

**Castellitto:** No, non avevamo consulenti, anche se il set alcuni giorni assomigliava molto a un ospedale psichiatrico. Non ce l'avevamo anche perché noi ci siamo veramente appoggiati a quanto era stato fatto prima di noi, alla serie israeliana, alla serie americana, con l'approvazione dell'autore della serie originale. Il quale, quando venne a vedere qui in Italia la serata di presentazione del progetto, disse che era la migliore versione che aveva mai visto. Ho il sospetto che l'abbia detto almeno 12 volte. L'altra domanda? Ah, sì, se sono stato in Analisi. No, ma ho fatto l'attore per 25 anni e quindi mi sono auto-psicoanalizzato attraverso preti, frati, impostori nell'*Uomo delle stelle*, lo psicoanalista ne *Il Grande cocomero*, i fanulloni d'Italia, e così via. Quindi sono un Io diviso, in molte, molte, molte parti.

**Sesti:** Un'ultima domanda, poi credo che sia giusto farle fare al pubblico. Con qualche piccola differenza rispetto alla serie americana, la cosa veramente toccante di tutta la



serie che poi riguarda il tuo protagonista, è che per tutto il tempo ci si chiede: cederà al desiderio, che è una trasgressione deontologica molto grave? C'è una parte dei telespettatori che capisce che questo sarebbe il suo modo di essere felice e che in fondo sarebbe pure il risarcimento, diciamo. Dall'altra il contrario. Naturalmente è un conflitto che lui avverte. E il fatto che tutto accada in quella maniera è un po' toccante: che alla fine lui preferisca essere fedele a una immagine che ha di sé. Credo che sia anche una reazione terapeutica, questa.

**Castellitto:** Assolutamente sì. Questo lo rende eroico. Nel termine più cinematografico possibile. Come si dice: una scelta profonda, non soltanto deontologica, ma anche umana. Ma non lo fa soltanto con la ragazza che s'innamora di lui perché non accetta questa cosa. Lo fa in tanti altri incontri. Lui fa tanti incontri con tanti personaggi. Ma quello che mi ha sempre più emozionato è come viene affrontato il tema dell'adolescenza, questo passaggio cruciale, questo momento pericolosissimo, molto più pericoloso di un'altra età in cui uno dice "me ne infischio". La bomba, l'esplosività che c'è in quella ragazzina. "Mi dica lei se io mi sono voluta suicidare". È di una potenza emotiva inaudita!

## Segue Dibattito con il pubblico (NdR)

Dal pubblico vengono poste delle domande, in particolare dagli psichiatri del dipartimento proff. Aceti, Rusconi, e Cavaggioni autore di scritti sul cinema (Bruno F., Cavaggioni G., 2006) e promotore di interessanti Cineforum, il quale ringrazia per questo Dialogo, "per le risposte che mi hanno fatto crescere e per le domande che mi hanno fatto crescere come le risposte". Precisa che, pur avendo iniziato a vedere *In treatment* con un certo snobismo solo per richiesta della figlia, poi però, di fronte alle battute di Castellitto, quando la ragazzina notò che le cose che venivano dette, e "come" venivano dette, "estremamente azzeccate", erano le stesse a cui pensava lei poco prima che lui dicesse quanto diceva, "la mia prima emozione era stata quella dello sconforto: 15 anni di formazione! per far sì che una ragazzina dica le stesse cose che dirà l'attore e che dico io in uno studio professionale dalla mattina alla sera". Continua dicendo di essere stato colpito da quello che prima Sesti e Castellitto affermavano nel Dialogo, e cioè che le parole sono il veicolo di un contenuto e suscitano nuove immagini in chi l'ascolta. La domanda a Castellitto dunque è "Esiste un metodo per fare questo? E se sì, ce lo può venire a insegnare?" dato che l'Università ha un mandato formativo, e perciò bisogna chiedersi che cosa fa per insegnare ai nostri studenti e specializzandi.

Castellitto risponde con un ricordo personale, di quando anche lui si mise a guardare con le figlie adolescenti *In Treatment*. E si creò una situazione molto emozionante, molto inquietante, impressionante. "Nello stesso momento c'era una serie di maschere: quella che veniva fuori dallo schermo, quella di un attore, e quella di un padre vero visto dalle figlie". E quando la protagonista adolescente diceva cose anche di una certa crudezza, le figlie ogni tanto si voltavano verso il padre "vero", erano continui passaggi dall'immagine

dell'attore-padre al padre, “un autentico transfert, una specie di biliardo psicologico”. Castellitto afferma che secondo lui il risultato finale non è la caduta della maschera bensì il continuare a smascherare l'ennesima maschera, ma la maschera c'è e vincerà: ce n'è sempre un'altra, ripete Castellitto. “È come un sentimento d'infinito, non è un sentimento di definizione”, uno studio che rimane aperto, che fa vedere l'orizzonte.

Sesti aggiunge che è la prima volta che una certa modalità si vede sullo schermo dove tradizionalmente, specie nel Cinema americano, il terapeuta sembra uno che ha molto tempo libero, prende degli appunti, ogni tanto fuma la pipa, fa delle camminate nel parco. E che spessissimo ha discusso anche con Castellitto di questi attori che quando escono dal personaggio vi lasciano un pezzo di sé e resta una cicatrice. Allora uno si chiede: ma come si fa a fare questo mestiere dove ogni ora lasci un pezzetto di te addosso a qualcun altro? Ma è possibile fare il terapeuta e fare l'attore continuativamente? Una cosa quindi molto interessante è far capire che tipo d'investimento soggettivo c'è. E allora non si può fare melina si capisce subito; puoi farlo quando insegni, puoi farlo quando scrivi, non quando fai l'attore e il terapeuta.

“No no, infatti” replica Castellitto, “poi c'è quell'orologio che ogni tanto guardi: è finito il tempo. Un'altra cosa che mi veniva in mente stamattina è che la Parola di cui si parlava prima è la Stanza. Quel luogo chiuso, apparentemente privo di orizzonti, un divano, 4 pareti, come una cella, una cellula, un bozzolo, una placenta. Come il teatro. Perché il teatro resiste al mondo, al Tempo, e il cinema no? Perché è assoluto, per il suo elemento simbolico. Dove la Parola libera dalla prigione dorata ed è il luogo della battaglia”. Castellitto indica come le cose meno interessanti del film siano stati gli esterni, pochi, e in quei pochi si era persa “la magia, l'emozione, la spettacolarità”. Tutto era diventato di nuovo dozzinale. In fondo anche il confessionale è una camera chiusa, in termini fisici. Forse potete fare psicoterapia passeggiando per il parco o con un gelato in mano? No.

Dal pubblico uno studente chiede se c'è la volontà di sperimentare qualche cosa di diverso, per esempio proprio un ritorno alla formula teatrale.

Castellitto risponde che sembra aprirsi su Sky la possibilità di una diversa narrazione rispetto a quella tipica della televisione italiana generalista, che utilizza linguaggi più “scandalosi” nel senso che affrontano argomenti da punti di vista diversi dai consueti. Questo ha aperto la strada “offrendo un punto di non ritorno”.

Mario Sesti, aggiunge “Non c'è bisogno di essere critici cinematografici per osservare che siamo molto indietro. Basti vedere la produzione americana della *Second Golden Age*, iniziata con quella straordinaria invenzione dei *Sopranos* in cui c'è un boss che va in terapia, e a una delle serie di maggior successo in tutto il mondo, *Breaking Bad*, in cui un insegnante di chimica per poter curare il proprio tumore diventa spacciatore di metamfetamina senza dire niente alla famiglia”. Su questi e altri simili prodotti i nostri funzionari televisivi stanno lì proprio per impedire che una cosa del genere finisca su RAI1 o su Rete4. Non dobbiamo scandalizzarci, continua Sesti. La cosa scandalosa è che esista solo SKY. Bisognerebbe chiedersi perché il nostro mercato, i nostri sistemi d'informazione, il nostro modo di produrre immagini, non hanno ancora avuto la capacità di farlo in un

certo modo. Immaginatevi una bella serie che racconti quello che è successo nella Nazionale Italiana negli ultimi sette giorni, pensate che meraviglia! come si leggeva stamattina, che Balotelli inseguiva Prandelli con una sedia. Se fosse successo in America senz'altro si starebbe già scrivendo. "Il problema da noi è culturale, è industriale, è un problema di questo paese che è un po' spento, confuso".

**Castellitto:** "Un problema è anche che bisogna smettere di pensare che il cinema è più nobile della televisione. Gli americani, grandissimi maestri del cinema, ci hanno insegnato quanto ti permetta una libertà di racconto. Se pensate che SKY ha prodotto una serie anni fa e ancora non va in onda perché racconta la grande saga delle tangenti, capirete che c'è una serie di ostacoli in Italia dovuti anche al fatto che ognuno che si senta non dico citato, ma che soltanto si preoccupi che si adombri la sua figura, blocca tutto".

**Sesti:** "Questa cosa che hai detto è fondamentale. Abbiamo visto come con l'operazione del linguaggio si recuperano sistemi con potenzialità differenti". Torna a sottolineare l'importanza del fatto che *In Treatment* recuperi una forma sgorgata dal secolo scorso, il teatro, due persone che parlano. Riflette sul limite del tempo imposto dal cinema mentre con queste serie si può dire che tu hai la stessa possibilità che ha Tolstoj quando racconta *Guerra e Pace*. E i "malati" delle serie, "e questo un po' lo sono anch'io", le vedono. "Il famoso alfa narrativo puoi articolarlo e lavorarlo all'infinito". Il grande problema dei grandi registi è che quello che devono dire lo devono dire in un'ora e mezza, al contrario del grande romanziere.



Da sinistra: Giovannini, Coccanari de' Fornari, Castellitto, Tarsitani, Biondi

Castellitto rimanda ai grandi scrittori francesi che pubblicavano in Appendice, episodi che poi diventavano grandissimi romanzi. “Personalmente io ho avuto una esperienza da questo punto di vista con *Venuto al mondo* abbastanza interessante: da una letteratura ho ricavato una sceneggiatura per il cinema e poi ho proposto a SKY di costruire una serie di 5 episodi perché avevo a disposizione un materiale di 4 ore e mezza e l’ho sviluppato dividendolo in capitoli, così definiti proprio per rispettare la dimensione letteraria di quel progetto; e a ciascuno di questi episodi-capitoli ho dato un nome diverso, Amore, Morte, Pace e quant’altro, e questo mi ha dato una libertà creativa straordinaria perché, come dice Mario, la cosa più frustrante per un regista è rinunciare, è la costrizione a scegliere tra quanto è già stato girato. Il prodotto finale che ne è derivato è, non vorrei essere ingiurioso, è molto più letterario, dal punto di vista della scrittura. Vale un po’ anche per i critici cinematografici, no, Mario? Pallini. Stellette. Quando invece dovrebbero avere la possibilità di sviluppare in una e più pagine il perché quel film è bello o brutto, esponendo loro stessi alla critica...”

**Sesti:** “Infine io credo che non sia solo un problema narrativo ma anche di messa in scena. Se voi vedete *In Treatment*, non c’è scena in cui non siano presenti oggetti d’anti-quariato, tanto che gli esterni quasi non esistono. C’è una cura della messa in scena quasi viscontiana come facevano il cinema una volta. Ma quale film oggi si può permettere una cosa del genere?”

**Castellitto:** “Nessuno”.

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Abraham N., Torok M.**, *La scorza e il nocciolo*. Borla, Roma, 1993.
- Adler A.**, *La psicologia individuale*. Newton Compton, Roma, 1995.
- Allport G.W.**, *Psicologia della personalità*. LAS, Roma, 1977.
- Amador X.F., Strauss D.H.**, *The scale to assess unawareness of mental disorder (SUMD)*. New York State psychiatric Institute Columbia University, New York, 1990.
- Antonioni M.**, *Quel bowling sul Tevere*. Einaudi, Milano, 1983.
- Anzieu D.**, *Il gruppo e l'inconscio*. Borla, Roma, 1989.
- Angelini A.**, *Psicologia del Cinema*. Liguori, Napoli, 1992.
- Apel K.O.**, *Etica della comunicazione*. Jaca Book, Milano, 1992.
- Argentieri S., Saponi A.**, *Freud a Hollywood*. Nuova Eri, Torino, 1988.
- Arieti S.**, *Creatività-La sintesi magica*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1979.
- Associazione Italiana Lotta Allo Stigma** (ed), *Il primo libro dello stigma*. Fioriti, Roma, 2006.
- Avati P.**, *Il papà di Giovanna*. Mondadori, Milano, 2009.
- Ballerini A., Rossi Monti M.**, *La vergogna e il delirio*. Boringhieri, Torino, 1990.
- Basinger J.**, *A woman's view: how Hollywood spoke to women*. Knopf, New York, 1993.
- Benenzon R.**, *Manuale di Musicoterapia*. Borla, Roma, 1992.
- Benson J.F.**, *Gruppi*. Sovera, Roma, 1993.
- Bettelheim B.**, *Il mondo incantato*. Feltrinelli, Milano, 1977.
- Bion W.R.**, *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1962.
- Bion W.R.**, *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma, 1972.
- Biondi M., Costantini A., Grassi L.**, *Manuale pratico di psico-oncologia*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2009.
- Biondi M.**, *Comunicazione con il paziente. Il metodo END. «Empatia, normalizzazione, deescalation» in crisi ed emergenza*. Alpes, Roma, 2014.
- Bollas C.**, *L'ombra dell'oggetto*. Borla, Roma, 2001.
- Borges J.L.**, Il giardino dei sentieri che si biforcano. In: *Finzioni*. Adelphi, Milano, 2003.
- Bruno F., Cavaggioni G.** (a cura di), *Non siamo tutti un po' matti! Psichiatria e mass-media nel mondo della comunicazione globale*. Aracne, Roma, 2006.
- Bruscia K.E.**, *Defining Music Therapy*. Barcelona Publisher, Barcellona, 1998.
- Callieri B.**, *Percorsi di uno psichiatra*. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1993.
- Callieri B.**, Orizzonti antropologici dell'incontro – il noi tra Martin Buber e Viktor Frankl, *Attualità in Psicologia*, 2002, 3/4.
- Carozza P.**, *La riabilitazione psichiatrica nei centri diurni*. Franco Angeli, Milano, 2003.
- Cavelti M., Rüschi N., Vauth R.**, Is living with psychosis demoralizing? Insight, self-stigma, and clinical outcome among people with schizophrenia across 1 year. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2014, 202 (7): 521-9.
- Cigoli V.**, *L'albero della discendenza. Clinica dei corpi familiari*. Franco Angeli, Milano, 2006.
- Coccanari M.A., Musajo Somma A.**, *Caro et verbum – itinerario spaziotemporale del linguaggio del corpo*. Schena, Fasano, 1989.
- Coccanari de' Fornari M.A.**, *Lezioni di Psicoterapia Psicodinamica*. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2004.
- Coccanari de' Fornari M.A., Carlone C. et al**, Il vissuto psicotico e il “Gruppo Giochi psicologici”, *Rivista di Psichiatria* 43, 4, 2008.

- Coccanari de' Fornari M.A.**, *La speranza e un film autobiografico*. Dentro Magazine, 20 gennaio 2012.
- Cohen-Séat G. et al.**, *Essai sur les principes d'une philosophie du cinema*. Presses universitaires de France, Paris, 1946.
- Correale A., Rinaldi L.**, *Quale psicoanalisi per le psicosi?* Cortina, Roma, 1997.
- Corsa R., Gabbriellini G.** (a cura di), *Corpo, generazioni e Destino*. Borla, Roma, 2012.
- Costa E.** (a cura), *Psiche e Cinema*. Lythos, Roma, 2004.
- Dalle Luche R., Barontini A.**, *Trans fusioni. Saggio di psicopatologia dal cinema di David Cronenberg*. Baroni, Viareggio, 1997.
- De Bernart, Senatore I.**, *Cinema e terapia familiare*. Franco Angeli, Milano, 2011.
- Diano C.**, *Saggezza e poetiche degli antichi*. Neri Pozza, Vicenza, 1968.
- Diefenbach D.L.**, The portrayal of mental illness on prime-time television. *Journal of Community Psychology*, 1997, 25 (3), 289–302.
- Eiguer A.**, *La parentela fantasmatica*. Borla, Roma, 1987.
- Ellenberger H.F.**, *La scoperta dell'inconscio*. Boringhieri, Torino, 1976.
- Ellero R.**, *Ettore Scola*. L'Unità-Il Castoro, Milano, 1995.
- Erikson E.H.**, *Infanzia e società*. Armando, Roma, 2001.
- Faimberg H.**, *Ascoltando tre generazioni. Legami narcisistici e identificazioni alienanti*. Franco Angeli, Milano, 2006.
- Fante J.**, *Chiedi alla polvere*. Einaudi, Torino, 2004.
- Farinotti P. et al.**, *il Farinotti - Dizionario di tutti i film*. Newton Compton, Roma, 2013.
- Ferenczi S.**, *Opere*. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Ferro F.M.** (a cura di), *Passioni della mente e della Storia*. Vita e Pensiero, Milano, 1989.
- Finzen A.**, *Der Verwaltungsrat ist schizophren. Die Krankheit und das Stigma*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1996.
- Fornari F. et al.**, *Psicoanalisi in ospedale*. Cortina, Milano, 1985.
- Foucault M.**, *Storia della follia*. Rizzoli, Milano, 2008.
- Frankl V.E.**, *Un significato per l'esistenza*. Città Nuova, Roma, 1990.
- Freud S.**, *Progetto di una psicologia*. Boringhieri, Torino, 1989.
- Fromm-Reichmann F.**, *Principi di Psicoterapia*. Feltrinelli, Milano, 1962.
- Gabbard G.O., Gabbard K.**, *Psychiatry and the Cinema*. American Psychiatric Press, Inc. Washington and London, 1999. Tr. it. a cura di Paolo Pancheri, *Cinema e Psichiatria*, Cortina Editore, Milano, 2000.
- Gabbard G.O.**, *Le Psicoterapie*. Cortina, Milano, 2011.
- Galzigna M.**, *La sfida dell'altro*. Marsilio, Venezia, 1999.
- Garcia Marquez G.**, *Sogni in affitto – Come un racconto diventa un film –*. Giunti, Firenze, 1995.
- Godard J.L.**, *Introduzione alla vera storia del cinema*. PGreco, Milano, 2012.
- Gozzano M.**, *Compendio di Psichiatria*. Rosenberg & Sellier, Torino, 1947.
- Granone E.**, *Alliance et alienation, ou les avatars de la transmission psychique intergénérationnelle*. Dialogue, 108, 1990.
- Gray H.**, *C'era una volta in America*. Mattioli 1885, Fidenza, 2010.
- Green A.**, *Il lavoro del negativo*. Borla, Roma, 1996.
- Hasson U. et al.**, Neurocinematics: the Neuroscience of Film. *The Journal for Movies and Mind*, 1, 2008.
- Iannotta D., Martini G.**, *Strade del Narrare*. Effatà, Cantalupa, 2012.
- Jung C.G.**, *Ricordi Sogni Riflessioni*. Rizzoli, Milano, 1999.
- Kaes R.**, *Le alleanze inconsce*. Borla, Roma, 2010.
- Kaes R.**, *Il complesso fraterno*. Borla, Roma, 2009.
- Kandel E.R., Schwartz J.H., Jessel T.M.**, *Principi di Neuroscienze*. CEA, Milano, 2003.

- King M., Dinos S., Shaw J. et al.**, The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 2007, 190: 248-54.
- Kirk G.**, *Il mito. Significato e funzione nella cultura antica e nelle culture altre*. Liguori, Napoli, 1980.
- Koelsch S. et al.**, Investigating emotion with music. *Human Brain Mapping*, 2006, 27, 239-250.
- Kohut H.**, *La guarigione del sé*. Boringhieri, Torino, 1995.
- Lacan J.**, *Scritti*. Einaudi, Torino, 1974.
- Lai G.**, *La conversazione felice*. Il Saggiatore, Milano, 1985.
- Lebovici S.**, Psycanalise et cinema. *Revue Intern. de Filmologie*, 1, 1949.
- Lerner Y et al.**, Eyes wide shut: amygdala mediates eyes-closed effect on emotional experience with music. *PLoS One* 4, 2009, 2626-30.
- Link B.G., Struening E.L. et al.**, Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 2001, 52: 1621-1626.
- Link B.G., Struening E.L. et al.**, On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 2002, 6: 201-231.
- Manes S.**, *Giochi psicologici per la conduzione dei gruppi*. Franco Angeli, Milano, 1997.
- Manes S.**, *Nuovi giochi per la conduzione dei gruppi*. Franco Angeli, Milano, 1999.
- Metz C.**, *Cinema e psicoanalisi*. Marsilio, Venezia, 2002.
- Michotte A.**, La participation émotionnelle du spectateur à l'action représentée à l'écrin. *Revue Int. de Filmologie*, 1, 1953.
- Morandini L., Morandini L., Morandini M.**, *Il Morandini – Dizionario dei film e delle serie televisive*. Zanichelli, Milano, 2013.
- Moreno J.L.**, *Il teatro della spontaneità*. Di Renzo, Roma, 2007.
- Morin E.**, *Le Cinéma ou l'Homme Imaginaire*. Minuit, Paris, 1956.
- Moscariello A.**, *Come si guarda un film*. Audino, Roma, 2007.
- Moscariello A.**, *Cinema e pittura*. Progedit, Bari, 2011.
- Münstenberg H.**, *Film: il cinema muto nel 1916*. Tr. it. Pratiche, Parma, 1986.
- Musatti C.**, Problemi psicologici del cinema. *Cinestudio*, 9, 1963.
- Napolitano F.**, *La filiazione e la trasmissione nella psicoanalisi. Sulla consegna trasgenerazionale del sapere*. Franco Angeli, Milano, 1999.
- Nathanson D.L.**, *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self*. Norton & Company, New York, 1994.
- Nicola S.M.**, The nucleus accumbens as part of a basal ganglia action selection circuit. *Psychopharmacology*, 2007, 191, 521-550.
- Overall J.E., Gorham D.R.**, The Brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 1962, 10: 799-812.
- Pazzini A.**, *La Storia della Facoltà Medica di Roma*. Istituto di Storia della Medicina della Università di Roma, 1961.
- Pies R.**, Psychiatry in the Media: The Vampire, The Fisher King, and The Zaddik. *J Mundane Behav* 2:1, 2001.
- Perkins D.O.**, Predictor of noncompliance in patients with schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2002, 63: 1121-1128.
- Piro S.**, *Il linguaggio schizofrenico*. Feltrinelli, Milano, 1967.
- Plutchik R.**, The Nature of Emotions. *American Scientist*, 4, 2001.
- Pontalis J.**, *Perdere di vista*. Borla, Roma, 1993.
- Racamier P.C.**, *Il genio delle origini*. Raffaello Cortina, Milano, 1993.
- Randolph C., Tierney M.C., Mohr E., Chase T.N.**, The Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS): preliminary clinical validity. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 1998, 20(3): 310-9.
- Rella F.**, *La battaglia della verità*. Feltrinelli, Milano, 1986.

- Resnik S.**, *Biografie dell'inconscio*. Borla, Roma, 2007.
- Rey Y.**, *Pensare a un'emozione in terapia sistemica: il blasone familiare*. Franco Angeli, Milano 2005.
- Rogers C.**, *La terapia centrata sul cliente*. Martinelli, Firenze, 1970.
- Saraceno B.**, *La fine dell'intrattenimento*. Etas, Milano, 1995.
- Schneider I.**, Images of the mind: psychiatry in the commercial film. *Am J Psychiatry*, 134:613-20, 1977.
- Schneider I.**, The theory and practice of movie psychiatry. *Am J psychiatry*, 144:996-1002, 1987.
- Schneider K.G.**, *Stereotypes of mental illness as portrayed through hollywood movies*. Duke University, Mass media and mental illness course description, 2003. <http://www.duke.edu/~klw/>.
- Schutzemberger A.A.**, *La sindrome degli antenati*. Di Renzo, Roma, 2005.
- Senatore I.**, *L'analista in celluloido*. Franco Angeli Editore, Milano, 1994.
- Senatore I.**, *Curare con il cinema*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2002.
- Senatore I.**, *Il cineforum del dottor Freud*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2004.
- Senatore I.**, *Cinema, Mente e Corpo*. Zephyro Editore, Treviglio, 2010.
- Senatore I.**, *Roberto Faenza – Uno scomodo regista*. Falsopiano Editore, Alessandria, 2011.
- Senatore I.**, (a cura di) *I disturbi del comportamento alimentare*. Franco Angeli, Milano, 2013.
- Senatore I.**, *Conversazione con Giuseppe Piccioni*. Falsopiano Editore, Alessandria, 2013.
- Senatore I.**, *Cinema (italiano) e psichiatria*. Zephyro Editore, Treviglio, 2013.
- Senatore I.**, *Perché si danza quando si ha voglia di baci? Le più belle frasi dei film d'autore*. Falsopiano Editore, Alessandria, 2013.
- Senatore I.**, *Il bello del cinema? I pop corn – Le più belle riflessioni sul cinema*. Falsopiano Editore, Alessandria, 2013.
- Senatore I.**, *Daniele Luchetti racconta il suo cinema*. Falsopiano Editore, Alessandria, 2014.
- Senatore I.**, *Alessandro d'Alatri: il mio cinema*. Falsopiano Editore, Alessandria, 2014.
- Sesti M.**, *In quel film c'è un segreto*. Feltrinelli, Milano, 2006.
- Skehan J., Greenhalgh S., Hazell T., Pirkis J.**, Reach, Awareness and Uptake of Media. Guidelines for Reporting Suicide and Mental Illness: An Australian Perspective. *International Journal of Mental Health Promotion*, 2006 8: 28-34.
- Spike L.**, *Questa è la mia storia e non ne cambio una virgola*. Feltrinelli, Milano, 2007.
- Spivak M.**, *The Art of Creating*. The Lyons Press, Guilford, 2014.
- Steinbeck J.**, *Pian della Tortillas* (1935). Bompiani, Milano, 1939.
- Stock F.**, *La formazione della psichiatria*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1981.
- Stroppiana L.**, *Storia della Facoltà di Medicina e Chirurgia*. Edizioni dell'Ateneo, Roma, 1985.
- Sullivan H.S.**, *Il colloquio psichiatrico*. Feltrinelli, Milano, 1981.
- Szondi L.**, *Introduzione all'analisi del destino*. Astrolabio, Roma, 1978.
- Tarkovskij A.**, *La forma dell'anima – Il cinema e la ricerca dell'assoluto*. BUR, Milano, 2012.
- Tarsitani L., Brugnoli R., Pancheri P.**, Cinematic clinical psychiatric cases in graduate medical education. *MedEduc*, 2004; 38:1187.
- Tarsitani L., Pancheri P.**, Cinema e psichiatri: dagli oracoli al cannibalismo. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 10:3-10, 2004.
- Tarsitani L., Tarolla E., Pancheri P.**, Psychiatry and psychiatrists in the U.S.A. cinema. *Recenti ProgMed* 2006; 97:165-172.
- Tobino M.**, *Le libere donne di Magliano*. Vallecchi, Firenze, 1953.
- Tobino M.**, *Per le antiche scale*. Mondadori, Milano, 1972.
- Tornatore G.**, *La menzogna del cinema*. Bompiani, Milano, 2011.
- Volterra V.**, *Melancolia e Musica*. Franco Angeli, Milano, 2002.
- von Franz M.L.**, *Il femminile nella fiaba*. Boringhieri, Torino, 1983.
- Vopel K.W.**, *Manuale per animatori di gruppo*. Elle Di Ci, Leumann, 1991.



- Wahl O.F.**, *Media madness: Public images of mental illness*. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ.
- Wahl O.**, *Newspapers can mislead about mental illness*. The Bell: The Newsletter of the National Mental Health Association, 2001, <http://www.nmha.org/newsroom/bell/2001/6-01-Bell.pdf>.
- Wenders W.**, *Stanotte vorrei parlare con l'angelo*. Ubulibri, Milano, 2000.
- Wenders W.**, *L'atto di vedere*. Ubulibri, Milano, 1994.
- Wilson C., Nairn R., Coverdale J., Panapa A.**, Mental illness depictions in prime-time drama: identifying the discursive resources. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 1999, 33(2): 232-9.
- Winnicott D.W.**, *La pazzia della madre che appare nel materiale clinico come fattore ego-alieno*. Richard e Piggie I, Roma, 1993.
- Winnicott D.W.**, *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 2000.
- Zapparoli G.C.**, *La paura e la noia. Contributo alla psicoterapia analitica degli stati psicotici*. Il Saggiatore, Milano, 1979.

